

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**  
Державна організація «Центр тестування професійної компетентності  
фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при  
Міністерстві охорони здоров'я України»  
(ДО «Центр тестування»)

**ПОГОДЖЕНО**

Віце президент  
Національної академії медичних наук  
України

Володимир КОВАЛЕНКО

« 13 » *серпня* 2022 р.

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Заступник Міністра охорони  
здоров'я України

Ірина МИКИЧАК

« 13 » *серпня* 2022 р.

**П Е Р Е Л І К**

наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження  
досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я

(Випуск 8)

***ДО УВАГИ РОЗРОБНИКІВ ПОВІДОМЛЕНЬ ПРО НАУКОВУ (НАУКОВО-ТЕХНІЧНУ) ПРОДУКЦІЮ ТА ФАХІВЦІВ, ЩО ВПРОВАДЖУЮТЬ НАУКОВІ РОЗРОБКИ У СФЕРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ***

Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я, (далі – Перелік) випуск № 8 є щорічною інформаційною збіркою, у якій містяться повідомлення про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України, що здійснюють наукову, науково-технічну та науково-організаційну діяльність відповідно до пріоритетів сфери охорони здоров'я України призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я.

Перелік сформовано у відповідності до вимог спільного Наказу МОЗ України та НАМН України від 13.11.2013 р. № 969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 05.12.2013 р. за № 2068/24600.

У Перелік включена наукова (науково-технічна) продукція, отримана за результатами наукових досліджень 2020-2021 рр.

На інформацію, що міститься у Переліку, розповсюджуються вимоги законодавства України щодо захисту об'єктів права інтелектуальної власності.

Сформовано та підготовлено до друку Державною організацією «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України»

## Зміст

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ .....	4
АЛЕРГОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ .....	9
АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ, ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ .....	10
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ .....	26
ГІГІЄНА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ .....	39
ДИТЯЧА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ .....	40
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ .....	42
ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ .....	44
ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ .....	46
ЕНДОКРИНОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ .....	47
ЗАГАЛЬНА ГІГІЄНА .....	50
КОМУНАЛЬНА ГІГІЄНА .....	53
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ .....	54
КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ .....	61
КЛІНІЧНА БІОХІМІЯ .....	77
МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ .....	78
МІКРОБІОЛОГІЯ І ВІРУСОЛОГІЯ .....	79
НАРКОЛОГІЯ. ПСИХІАТРІЯ .....	80
НАРОДНА І НЕТРАДИЦІЙНА МЕДИЦИНА .....	82
НЕВРОЛОГІЯ .....	83
НЕЙРОХІРУРГІЯ .....	95
НЕОНАТОЛОГІЯ .....	104
ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я .....	105
ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ .....	109
ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ .....	112
ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ .....	114
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ .....	117
ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ .....	119
ПЕДІАТРІЯ .....	121
ПСИХІАТРІЯ .....	134
ПУЛЬМОНОЛОГІЯ .....	139
СТОМАТОЛОГІЯ .....	141
СУДОВО-МЕДИЧНА ГІСТОЛОГІЯ .....	170
ТЕРАПІЯ .....	176
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ .....	184
УРОЛОГІЯ .....	188
ФІЗИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА .....	191
ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ .....	192
ЗАГАЛЬНА ФАРМАЦІЯ .....	195

**1. Назва наукової (науково-технічної) продукції\*\*.** СПОСІБ ІМУНОКОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ БІЛКОВОГО ОБМІНУ У ВАГІТНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

**2. Назва науково-дослідної роботи, за результатом якої отримана наукова (науково-технічна) продукція.** НДР «Невідкладні стани в акушерстві та гінекології в різні вікові періоди», номер державної реєстрації: 0119U002904.

**3. Лікарська (провізорська) спеціальність.** Акушерство і гінекологія.

**4. Оцінка науково-технічної розробки за Шкалою градації доказів і сили рекомендацій.** 2++;B.

**5. Наявність охоронних документів, що засвідчують пріоритет, авторство і право власності на винахід (корисну модель).** Патент на винахід № 123371. МПК А61К 35/54 (2015.01), А61К 36/899 (2006.01), А61Р 37/00. Спосіб імунокорекції порушень білкового обміну у вагітних з перинатальними інфекціями / Вигівська Л.А., Тучкіна І.О., Благовещенський Є.В., Копітько С.М., Покришко С.В.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – а201902802; заявл. 21.03.2019; опубл. 25.03.2021. Бюл. № 12.

**6. Інформація для внесення у технологічну пропозицію Української інтегрованої системи трансферу технологій (за наявності).** Немає.

**7. Анотований виклад суті наукової (науково-технічної) продукції.** Винахід стосується способу імунокорекції порушень білкового обміну у вагітних з перинатальними інфекціями вірусної, бактеріальної або вірусно-бактеріальної етіології. При вірусній етіології призначають комплекс небілкових низькомолекулярних органічних сполук, отриманих з тваринної ембріональної тканини, внутрішньом'язово, 2 мл, ввечері перед сном, через 2-3 години після прийому їжі, 10 днів та противірусний препарат рослинного походження - рідкий екстракт трав *Calamagrostis epigeios* L. і *Deschampsia caespitosa* L., по 15 крапель на 1-2 столові ложки води, 2 рази на день, за 10-15 хвилин до їжі, 1 місяць. При бактеріальній етіології призначають комплекс небілкових низькомолекулярних органічних сполук, отриманих з тваринної ембріональної тканини, внутрішньом'язово, 2 мл, ввечері перед сном, через 2-3 години після прийому їжі, 10 днів та глюкозамінілмурамілпентапептид, по 1 таблетці 2 рази на добу, розсмоктувати під язиком, 10 днів. При вірусно-бактеріальній етіології призначають комплекс небілкових низькомолекулярних органічних сполук, отриманих з тваринної ембріональної тканини, внутрішньом'язово, 2 мл, ввечері перед сном, через 2-3 години після прийому їжі, 10 днів та як противірусний препарат призначають рибонуклеїнову кислоту, перорально, по 500 мг 2 рази на добу до або після прийому їжі, 7 днів, а потім - по 250 мг 2 рази на добу, 7 днів.

\* До «Наукових повідомлень» відноситься вся інформація, що міститься у Переліку та має присвоєний реєстраційний номер.

\*\* Назви пунктів наукового повідомлення, що виділені жирним шрифтом, далі не повторюються.

**8. Стислий опис переваг, які будуть отримані внаслідок упровадження наукової (науково-технічної) продукції, порівняно з наявними аналогами (медичні, соціальні, економічні).** Медична ефективність – оптимізація комплексного лікування вагітних з порушеннями білкового обміну з перинатальними інфекціями вірусної, бактеріальної або вірусно-бактеріальної етіології, швидка редукція симптоматики, скорочення етапу лікування. Соціальна ефективність – покращення соціального функціонування та якості життя вагітних. Економічна ефективність – зниження затрат на перебування вагітних у стаціонарі за рахунок досягнення швидкої ремісії.

**9. Перелік необхідних ресурсів (кадрових, лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо), необхідних для практичного застосування наукової (науково-технічної) продукції.** Небілкова низькомолекулярна органічна сполука, отримана з тваринної ембріональної тканини; рідкий екстракт трав *Calamagrostis epigeios* L. і *Deschampsia caespitosa* L.; глюкозамінілмурамілпентапептид; рибонуклеїнова кислота.

**10. Показання до застосування.** Перинатальні інфекції вірусної, бактеріальної або вірусно-бактеріальної етіології.

**11. Протипоказання до застосування.** Підвищена чутливість до препаратів.

**12. Перелік можливих ускладнень або помилок при використанні наукової (науково-технічної) продукції, шляхи їх запобігання та усунення.** Немає.

**13. Повне найменування установи (підприємства, організації) розробника.** Харківський національний медичний університет.

**14. Повне найменування установи (підприємства, організації) співрозробників.** Немає.

**15. Автори, укладачі (наукові звання, наукові ступені, прізвища, імена, по батькові), контактна особа (прізвище, ім'я, по батькові, номер телефону).** Проф., д.мед.н., Вигівська Л. А., проф., д.мед.н., Тучкіна І. О., доц., к.мед.н., Благовещенський Є. В., Копітько С. М., Покришко С. В.

**Контактна особа:** Вигівська Л. А., +380 662978997.

## Реєстр. № 2/8/22

### **1. ЛІКУВАННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З АНДРОГЕННИМ ДЕФІЦИТОМ**

**2.** НДР «Стан репродуктивного здоров'я та сексуальна дисфункція у жінок різного віку із дефіцитом андрогенів. Розробка критеріїв діагностики», номер державної реєстрації: 0119U001422.

**3.** Акушерство та гінекологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Немає.

**6.** Немає.

**7.** Спосіб полягає у включенні до лікування жінок репродуктивного віку з андрогеновою недостатністю ін'єкційне введення під слизову вульви та піхви плазми, збагаченої тромбоцитами PRGF триразово з різницею в три тижні.

**8. Медичний:** покращення трофіки слизових оболонок піхви та вульви, оптимізація лубрикації, відновлення рецепторної чутливості тканин вульви та піхви; **соціальний:** покращення сексуальної функції у жінок репродуктивного віку, а в результаті цього і репродуктивної функції; **економічний:** зниження матеріальних витрат на лубриканти, збереження та відновлення природної фертильності.

**9.** Кадрові ресурси: лікар акушер-гінеколог, лікар сімейної практики, лікар-лаборант. Інструментальне обладнання: гінекологічне крісло, оглядовий набір, центрифуга та набори пробірок для плазмотерапії, антисептик, стерильна вата, шприці з голкою 30G.

**10.** Лікування атрофічних змін та покращення сексуального здоров'я у жінок репродуктивного з недостатністю андрогенів

**11.** Тромбоцитопенія, наявність гепатитів В та С, запальні захворювання зовнішніх статевих органів.

**12.** 1) потрапляння в плазму еритроцитів та лейкоцитів - правильні режими центрифугування крові, коректне транспортування відцентрифугованих пробірок, 2) формування гематом – введення плазми в підслизову піхви та внутрішньошкірно в тканини вульви; 3) запальні захворювання – відсутність статевих контактів за 3 дні до та 3 дні після процедури, не допуск до процедури при наявності вульвовагінітів.

**13.** Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, 01021 м. Київ, Кловський узвіз, 13а.

**14.** Немає.

**15.** Проф., д.мед.н. Семенюк Л. М.; к.мед.н. Дем'яненко Л. В.; Чернуха Л. С.

**Контактна особа:** Дем'яненко Л. В., +380 667128894.

## Реєстр. № 3/8/22

### **1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОГО РОЗРИВУ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК**

**2.** НДР «Діагностика та превентивне лікування акушерських та гінекологічних захворювань при екстрагенітальній патології», номер державної реєстрації: 0120U101467.

**3.** Акушерство та гінекологія.

**4.** 2++В

**5.** Dubossarska, Yu.O., Puzii, Ye.O. (2021) Clinical, Anamnestic and Laboratory Predictors of Preterm Premature Rupture of Membranes in Pregnant Women. Azerbaijan Medical Journal № 4. С. 12-18.

**6.** Немає.

**7.** У пацієнок з передчасним розривом плодових оболонок на 23-36 тижні гестації та пацієнок з інтактними плодовими оболонками та нормальними вагінальними пологами проведено вивчення акушерського та гінекологічного анамнезу, перебігу вагітності та пологів, дослідження методом імуноферментного аналізу рівня 25-ОН вітаміну D та експресії антимікробних пептидів ( $\beta$ -2-дефензини) у сироватці крові. Клініко-анамнестичні предиктори передчасного розриву плодових оболонок

включали збільшення кількості абортів, ускладнений перебіг вагітності, у тому числі загрози її переривання протягом вагітності, наявність екстрагенітальної патології, насамперед хронічного пієлонефриту, безсимптомної бактеріурії. Середній вміст 25-ОН вітаміну D у крові вагітних із передчасним розривом плодових оболонок був зниженим у 1,9 рази, а рівень експресії  $\beta$ -2-дефензинів – у 1,3 рази порівняно з вагітними з інтактними плодовими оболонками та нормальними вагінальними пологами.

**8.** На підставі встановлених клініко-анамнестичних та лабораторних особливостей перебігу вагітності та пологів у вагітних із передчасним розривом плодових оболонок створено і впроваджено алгоритм ранньої діагностики та прогнозування передчасного розриву плодових оболонок та передчасних пологів.

**9.** Лабораторія, що оснащена устаткуванням для проведення імуноферментного аналізу, кваліфікований лікар-лаборант.

**10.** Передчасний розрив плодових оболонок.

**11.** Немає.

**12.** Ускладнення не спостерігалися.

**13.** Дніпровський державний медичний університет. 49044, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, тел. (056) 766-48-04.

**14.** Не має.

**15.** Проф., д.мед.н. Дубоссарська Ю. О.; Пузій Є. О.

**Контактна особа:** Дубоссарська Ю.О. +380 667323365; Пузій Є.О. +380 974480153.

#### **Реєстр. № 4/8/22**

### **1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ПРЕГРІВАДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ У ПАЦІЄНТОК З РЕТРОХОРІАЛЬНИМИ ГЕМАТОМАМИ ТА ВТРАТАМИ ВАГІТНОСТІ В І ТРИМЕСТРІ В АНАМНЕЗІ**

**2.** НДР «Діагностика та превентивне лікування акушерських та гінекологічних захворювань при екстрагенітальній патології», номер державної реєстрації: 0120U101467.

**3.** Акушерство та гінекологія.

**4.** 2++B

**5.** Yuliia Duka, Maksym Yushchenko, Katerina Strubchevskaya. Assessment of the efficiency of complet pre-pregnancy preparation in reducing the risk of pregnancy loss in early terms of gestation in patients with a positive history of retrochorial hematoma in the first trimester. / IV International science conference «Prospects and achievements in applied and basic science». - Budapest, Hungary. - 19-21.02.2021.

**6.** Немає.

**7.** У пацієнток із наявністю ретрохоріальних гематом (РХГ) у І триместрі при попередній вагітності на етапі прегравідарної підготовки (ПП), крім обстежень згідно з чинними протоколами, додатково досліджували поліморфізми генів тромбофілії. При проведенні УЗД оцінювали М-ехо на 11-13 день циклу, здійснювали кольорове доплерівське картування, яке дозволило виявити висхідні та низхідні екстрамускулярні гілки маткових артерій (МА), вивчити

внутрішньоматкове артеріальне русло і сформувати групу пацієток для подальшого ведення.

**8** Жінки із непорушеним кровоплином у внутрішньоматковому артеріальному руслі та відсутністю поліморфізмів в генах тромбофілії високого ризику та гені PAI-1 отримували стандартну ПП (фолієву кислоту, вітамін Д, йод та, за необхідністю, гестагени). При виявленні вищезазначених змін жінки отримували препарат сулодексиду по 1 капс. 2 рази на добу до їжі та діосмін по 600 мг 1 раз на добу, з перервами під час менструації. При підтвердженні вагітності за допомогою обстеження на  $\beta$ -ХГЛ пацієнткам відміняли сулодексид і діосмін, призначали еноксапарин натрію 2 рази на добу з індивідуальним розрахунком дози залежно від маси тіла та показників гемостазиограми. Розширена прегравідарна підготовка призвела до зниження частоти утворення повторної ретрохоріальної гематоми у I триместрі вагітності та зменшила ризик її переривання до 12 тижнів гестації.

**9.** Лабораторія, що оснащена устаткуванням для проведення ІФА та ПЛР дослідження, кваліфікований лікар-лаборант, лікар з ультразвукової діагностики та гематолог.

**10.** Невиношування вагітності та високий ризик розвитку прееклампсії.

**11.** Індивідуальна непереносимість препаратів.

**12.** Ускладнення не спостерігалися.

**13.** Дніпровський державний медичний університет. 49044, м. Дніпро, вул. В.Вернадського, 9, тел. (056) 766-48-04.

**14.** Не має.

**15.** Доц., д.мед.н. Дука Ю. М.; Ющенко М. І.

**Контактна особа:** Дука Ю.М. +380 503205283; Ющенко М. І. +380 638739080.

### Реєстр. № 5/8/22

#### **1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ЖІНОК ІЗ РЕТРОХОРИАЛЬНИМИ ГЕМАТОМАМИ У I ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ**

**2.** НДР «Діагностика та превентивне лікування акушерських та гінекологічних захворювань при екстрагенітальній патології», номер державної реєстрації: 0120U101467.

**3.** Акушерство та гінекологія.

**4.** 2++; В.

**5.** Yuliia Duka, Maksym Yushchenko, Katerina Strubchevskaya The role of the comprehensive assessment of serum markers and dopplerometry of the uterine unstratification of the risks of placenta-associated complications / IV International science conference «Prospects and achievements in applied and basic science». - Budapest, Hungary. - 19-21.02.2021.

**6.** Немає.

**7.** Окрім регламентованих наказом МОЗ України №417 методів дослідження, під час проведення УЗ-скринінга у терміні 11-13 тижнів проводили доплерометрію маткових артерій (МА) із визначенням пульсаційного індексу (ПІ); спільно із PRISCA-1 визначали рівень плацентарного фактору росту (PLGF). Додатково проведено генетичне дослідження щодо носійства поліморфізму генів тромбофілії.

Оцінку ризику розвитку преєклампсії (ПЕ) проводили згідно з рекомендаціями FMF (Fetal medicine foundation). В результаті проведеного розрахунку ризику розвитку ПЕ у I триместрі за допомогою калькулятора FMF «Preeclampsia risk assessment first trimester» проводили формування груп ризику: високого та низького ризику розвитку ПЕ.

**8.** В результаті виконання роботи встановлено пряму кореляцію в парах: поліморфізм у гені PAI-1: 675 5G>4G та переривання вагітності до 12 тижнів в анамнезі; формування ретрохоріальної гематоми з появою резистентного кровотоку в МА в I триместрі вагітності. Враховуючи виявлені взаємозв'язки, пацієнтки із високим ризиком ПЕ отримували профілактичну терапію еноксапарином натрію 2 рази на добу з індивідуальним розрахунком дози залежно від маси тіла пацієнтки та даних гемостазіограми; аспірин від 100 до 150 мг з урахуванням наявності поліморфізму в гені ITGB3-b-інтегрин та діосмін 600 мг на добу. Це дозволило отримати нормалізацію показників ПІ МА протягом 3 тижнів від початку лікування у 77,8% пацієнток зі змінами та покращити їх перинатальні наслідки.

**9.** Лабораторія, що оснащена устаткуванням для проведення ІФА та ПЛР дослідження, кваліфікований лікар-лаборант.

**10.** Невиношування вагітності та високий ризик розвитку преєклампсії.

**11.** Індивідуальна непереносимість препаратів.

**12.** Ускладнення не спостерігалися.

**13.** Дніпровський державний медичний університет. 49044, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, тел. (056) 766-48-04.

**14.** Не має.

**15.** Доц., д.мед.н. Дука Ю.М.; Ющенко М.І.

**Контактна особа:** Дука Ю.М. +380 503205283; Ющенко М.І. +380 638739080.

## **АЛЕРГОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 6/8/22**

#### **1. АНАМНЕСТИЧНІ ТА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ РИЗИКИ РОЗВИТКУ ІgE-ЗАЛЕЖНОЇ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ДО МЕДИКАМЕНТОЗНИХ І ВАКЦИНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**2.** НДР «Прогнозування розвитку вірусіндукованих фенотипів алергічних хвороб з персоніфікацією їх діагностики та лікування», номер державної реєстрації: 0118U000110.

**3.** Алергологія, Лабораторна імунологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Інформаційний лист. Львів; 2021. «Клінічна імунологія та алергологія».

**6.** Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).

**7.** Все частіше констатують факти участі вірусних інфекцій у розвитку медикаментозної алергії (МА). Реакції гіперчутливості до лікарських засобів виникають головним чином за умов реактивації герпесвірусних інфекцій, а в інших випадках – реактивація цих вірусів відбувається в момент або після введення

лікарського препарату, на який надалі виникає реакція. Не завжди виникаючі реакції є точним свідченням гіперчутливості до конкретного медикаменту чи метаболіту, що вимагає грамотних підходів до діагностики – детальної клінічної оцінки та аналізу анамнестичних даних, проведення тестів *in vivo*, зокрема шкірних тестувань та провокаційних тестів з підозрювальною лікарською речовиною. Проте протипоказом до проведення тестів *in vivo* є наявність в анамнезі тяжких алергічних реакцій. Шляхи розв'язання діагностичної проблеми полягають у використанні альтернативних тестів, зокрема визначення рівнів експресії CD63 на базофілах (базотесту) у пацієнтів груп ризику гіперчутливості до медикаментів і вакцин, що дозволяє визначити *in vitro* рівень IgE-залежної відповіді на медикаментозні алергени. Так, після стимуляції медикаментозним алергеном рівень експресії CD63 підвищується у 2-3 рази та вказує на ризик формування гіперчутливості. Результати, отримані після проведення базотесту, порівнювали з анамнестичними і клінічними даними, детальний аналіз яких доводить: пацієнти з активною формою EBV-інфекції, в яких формуються EBV-асоційовані вторинні імунні порушення, складають групу ризику з високою ймовірністю розвитку IgE-залежної гіперчутливості до медикаментозних і вакцинальних препаратів.

**8.** Розуміння клініко-анамнестичних і лабораторних ризиків гіперчутливості до медикаментозних та вакцинальних препаратів серед хворих на алергічні хвороби дасть можливість сімейним лікарям вчасно запідозрити проблему у компроментованого хворого та скерувати його на спеціалізовану консультацію до лікаря-клінічного імунолога/алерголога (дитячого чи дорослого).

**9.** Алергічні тести, лаборективи

**10.** Пацієнти груп ризику розвитку МА.

**11.** Відсутні.

**12.** Не передбачається.

**13.** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032) 255 31 29.

**14.** Відсутні.

**15.** Гаврилюк А.М.; Ліщук-Якимович Х.О.; Кріль І.Й.; Горбаль Н.М.; Зубченко С.О.; Ломіковська М.П.

**Контактна особа:** Зубченко С.О. +380 676706643, Ломіковська М.П.+380 972357477.

## **АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ, ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ**

### **Реєстр. № 7/8/22**

#### **1. СПОСІБ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО ЕНЕРГОМОНІТОРИНГУ ПАЦІЄНТІВ**

**2.** НДР «Оптимізація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю на принципах «хірургії швидкого шляху» при окремих захворюваннях щитоподібної та прищитоподібних залоз, носоглотки, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, судин і суглобів, зокрема,

з використанням атомно-силової мікроскопії та із застосуванням методу преламінації для обробки імплантів», номер державної реєстрації: 0119U001046.

3. Анестезіологія, хірургія.

4. 2+С.

5. Пат. 141889 Україна, МПК А61В5/083 (2006.01). Спосіб периопераційного енергомоніторингу пацієнтів / Денисенко А. І., Черній В.І.; заявник і патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. – и 2019 11465; заявл. 27.11.2019; надрук. 27.04.2020, Бюл. №8. – 5 с.

6. Немає

7. Нововведення стосується способу персоніфікованого периопераційного енергомоніторингу у пацієнтів, який включає в себе визначення, поточного метаболізму та його співвідношення до вихідних показників метаболізму і індивідуальних рівнів базального метаболізму (Basal Metabolic Rate,  $\text{кал} \times \text{хв}^{-1} \times \text{м}^2$ ) тобто належного індивідуального метаболізму, необхідного для підтримки життєво важливих функцій в організмі пацієнта в стані спокою, де згідно корисної моделі, визначаються наступні показники:

«MRI» (рівень поточного метаболізму, Metabolic Rate Index, MRI,  $\text{кал} \times \text{хв}^{-1} \times \text{м}^2$ ) - поточний метаболізм, який розраховується згідно формули:

$$\text{MRI} = 0,863 \times V_e \times \frac{P_{e\text{CO}_2}}{P_{a\text{CO}_2}} \times \frac{F_{i\text{O}_2} - F_{e\text{O}_2}}{100} \times (1,157 \times \text{RQ} + 4,037) / S$$

де, 0,863 – коефіцієнт перетворення значень із системи STPD до системи BTPS (Jeretin N. et al., 1971); S – площа тіла ( $\text{м}^2$ ), яка розраховується по формулі Mosteller

R. D. (1987р.)  $S = \frac{\sqrt{m \times h}}{60}$ ; m – маса тіла (кг), h – зріст пацієнта (см).  $V_E$  - вентиляція легень ( $\text{мл} \times \text{хв}^{-1}$ );  $P_{e\text{CO}_2}$ ,  $P_{a\text{CO}_2}$  – парціальний тиск вуглекислого газу, відповідно, в газовій суміші в кінці видиху та артеріальній крові (мм рт.ст.);  $F_{i\text{O}_2}$  і  $F_{e\text{O}_2}$  – фракції кисню, який вдихається та видихається (%);  $1,157 \times \text{RQ} + 4,037$  – енергетичний (калорійний) еквівалент кисню (Energy Equivalent of Oxygen,  $\text{EEO}_2$ ,  $\text{кал} \times \text{мл}^{-1}$ ).

$\text{EEO}_2$  визначається згідно формули моделі енергомоніторингу, яка була розроблена нами шляхом обробки даних, отриманих з розрахунків біохімічних формул окислення вуглеводів та жирів, у залежності від співвідношення їх у суміші та використання однофакторного лінійного регресійного аналізу зв'язку  $\text{EEO}_2$  і респіраторного коефіцієнту (Respiratory Quotient, RQ). RQ - співвідношення між кількістю вуглекислого газу, що виділився в процесі окислення ( $V_e\text{CO}_2$ ) та кількістю спожитого кисню ( $V\text{O}_2$ ), що умовно можна розглядати як коефіцієнт корисної дії «енергетичної машини» організму пацієнта. Розрахунок індексу базального метаболізму ( $\text{кал} \times \text{хв}^{-1} \times \text{м}^2$ ) представлено модифікованою нами формулою Міффліна-Сан Джеора без коефіцієнта фізичної нагрузки:

$$\text{BMRI}_{(\text{чоловіка})} = 0,694 \times [10 \times m(\text{кг}) + 6,25 \times h(\text{см}) - 5 \times \text{вік}(\text{роки}) + 5] / S$$

$$\text{BMRI}_{(\text{жінки})} = 0,694 \times [10 \times m(\text{кг}) + 6,25 \times h(\text{см}) - 5 \times \text{вік}(\text{роки}) - 161] / S$$

8. Розроблений спосіб персоніфікованого периопераційного енергомоніторингу пацієнтів, реалізований на спеціальному пристрої у вигляді комп'ютерної програми під Android 5, дозволяє швидко виявляти навіть початкові прояви порушення

метаболізму та своєчасно проводити відповідну патогенетичну корекцію, забезпечуючи, таким чином, надійний моніторинг периопераційної безпеки.

**9.** Дихальний апарат з газовим аналізатором, аналізатор газового, кислотно-лужного складу крові.

**10.** Для динамічної оцінки периопераційного рівня метаболізму, його порушень, своєчасної патогенетичної його корекції, при проведенні анестезіологічних забезпечень оперативних втручань та інтенсивної терапії.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н. Денисенко А. І.; член-кор. НАМН України, д.мед. н., проф. Черній В. І.

**Контактна особа:** Денисенко А. І. +380 672840995.

### Реєстр. № 8/8/22

## **1. ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИХ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЩО ПІДВИЩУЮТЬ РИЗИК ЛОКОРЕГІОНАРНОГО МЕТАСТАЗУВАННЯ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ЯКОСТІ ПРЕДИКТОРА ЗЛОЯКІСНОСТІ ПУХЛИНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

**2.** НДР «Ризик-орієнтоване хірургічне лікування новоутворень щитоподібної та прищитоподібних залоз», номер державної реєстрації: 0120U000219.

**3.** Хірургія.

**4.** 2+; С.

**5.** Немає.

**6.** Немає.

**7.** Застосування способу дозволить оптимізувати методику оперативного лікування папілярного раку щитоподібної залози, а саме застосувати методику центральної дисекції шиї при виконанні операції за папілярного раку щитоподібної залози, якщо відсутні ультразвукові ознаки метастатичного ураження регіонарних лімфовузлів шиї. Це в свою чергу дасть більше інформації щодо наявності локорегіонарних метастазів та зменшить ризик рецидиву захворювання.

**8.** *Медичний:* видалення пухлини за папілярного раку щитоподібної залози з центральною дисекцією шиї, лімфаденектомією; зниження частоти рецидивів. *Соціальний:* зменшення впливу повторного оперативного втручання при первинній нерадикальній операції на якість життя пацієнта. *Економічний:* враховуючи невисоку собівартість даного методу, економічний ефект досягається за рахунок досягнення первинного онкологічного радикалізму, зниженням затрат на перебування хворого у стаціонарі, мінімалізації ризику рецидиву захворювання, а отже витрат на повторне оперативне лікування.

**9.** Наявність апарату ультразвукового дослідження для визначення розміру пухлини папілярного раку щитоподібної залози.

**10.** Папілярний рак щитоподібної залози, що потребує оперативного лікування з визначенням остаточного об'єму операції з метою досягнення онкологічного радикалізму, та зменшення ризику рецидиву захворювання.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Адреса: Кловський узвіз 13-А, м. Київ, 02091.

**14.** Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

**15.** Д.мед.н. Паламарчук В. О.; д.мед.н., проф. Товкай О. А.; д.мед.н., проф. Земсков С. В.; Ліщинський П. О.

**Контактна особа:** Ліщинський П. О. +380 671111954.

### Реєстр. № 9/8/22

#### **1. СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ВАКУУМНОЇ ПОВ'ЯЗКИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНИХ РАН, РОЗТАШОВАНИХ В ОБЛАСТІ ПАЛЬЦІВ ТА МІЖПАЛЬЦЕВИХ ПРОМІЖКІВ**

**2.** НДР «Сепсис у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи».

**3.** Хірургія.

**4.** 2++С.

**5.** Деклараційний патент на корисну модель 139558 Україна, МПК (2019.01), А61 В 17/00. А61 F13/00. Спосіб накладення вакуумної пов'язки для лікування інфікованих ран, розташованих в області пальців і міжпальцевих проміжків / Шаповал С. Д., Савон І. Л., Смирнова Д.О., Белінська В.О., Василевська О.О., Максимова О. О., Слободченко Л. Ю.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201906822 ; заявл. 18.06.19 ; опубл. 10.01.2020, Бюл. №1.

**6.** Немає.

**7.** В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу накладення герметичної пов'язки на дистальний відділ стопи, в якому за рахунок особливостей з'єднання покривних матеріалів забезпечується стабільний негативний тиск та ефективно і рівномірне очищення ран.

Для вирішення поставленої задачі в способі накладення вакуумної пов'язки для лікування інфікованих ран розташованих в області пальців і між пальцевих проміжків, що містить накладання губки, фіксуючої плівки і приєднання до вакуумної установки згідно з корисною моделлю між фалангами пальців створюють «вакуумний місток» з губки шириною до 1,5 – 2,0 см, а ширина фіксуючої плівки виходить за межі країв стопи з двох сторін, ½ довжини плівки фіксують по підшовній поверхні з запасом перекриваючи дефект, огинаючий край пальців стопи, складаючи плівку навпіл і решту плівки фіксують по тилу стопи, поєднуючи краї плівки між собою по латеральному і медіальному краю стопи за типом «конверта».

При наявності рани в безпосередній близькості до пальців або розташуванні рани в міжпальцевому проміжку, після моделювання і укладення на рану

поліуретанової губки, стерильною клейкою плівкою накривається не тільки рана і прилеглі до неї тканини, а й весь передній відділ стопи. При цьому плівкою накривається весь передній відділ стопи і підошовна частина одним блоком. На рівній ділянці шкіри стопи з тильної і підошовної поверхні плівка приклеюється рівно і без складок, а по бічних поверхнях стопи передній і задній аркуші плівки склеюються між собою, а не з шкірою. Таким чином, весь передній відділ стопи поміщається в єдиний цілісний футляр. Добре прилягання плівки по тильній і підошовній поверхні до шкіри і рівне без складок по бокових поверхнях створює надійну герметизацію, не піддають інфекційному процесу сусідні ділянки шкіри, які в разі потреби покриті плівкою, і не ушкоджуються при проведенні процедури.

При розташуванні ран в різних анатомічних областях (наприклад, тил стопи і підошовна поверхня) рани накривають поліуретановими губками і з'єднують між собою «містком», використовуючи таку ж губку. До накладення «містка» на підлеглу шкіру наклеюють стерильну плівку, яка оберігає від травми неушкоджену шкіру. Таким чином створюється однаковий негативний тиск в несполучених ранах і використовується одна вакуумна установка.

Спосіб здійснюють таким чином. Після виконання хірургічної обробки рани на стопі в області міжпальцевих проміжків і пальців, проводять контроль гемостазу. В рану закладають стерильну гидрофільну поліуретанову губку, яка повністю виконує дефект тканин. Між фалангами пальців, в інтактній зоні (вище або нижче краю рани), з тієї ж стерильної губки, створюють «вакуумний місток» шириною від 1,5 до 2,5 см з виходом на тильну поверхню стопи. Така ширина містка (1,5-2,5 см) достатня для забезпечення його функціонування при включенні системи від'ємного тиску. Місток дозволяє: 1. Забезпечити достатній відтік виділень з рани без постановки дренажу; 2. Виключити ризик розвитку пролежня від дренажної трубки або тиску сусідніх тканин друг на друга (фаланги пальців); 3. Забезпечити необхідну герметичність. Потім виконують прокладання губок між сусідніми міжфалангових суглобами для профілактики зайвого тиску і формування пролежнів. Далі виконують фіксацію особливим способом спеціальною стерильною плівкою Suprasorb F. Для цього використовують одну плівку, і накладають її в такий спосіб: ширина плівки виходить за межі країв стопи з двох сторін,  $\frac{1}{2}$  довжини плівки фіксують по підошовній поверхні з запасом до 2,0 см перекриваючи дефект, огинають краї пальців стопи, складаючи плівку навпіл, і решту плівки фіксують по тилу стопи, поєднуючи краю плівки між собою по латеральному і медіальному краю стопи, формують «конверт». Потім в пов'язці на краю «вакуумного містка» формують порт для дренажу та через дренаж-коннектор підключають вакуум-апарат і встановлюють відповідні параметри тиску на апараті. Краї пов'язки додатково герметизують лейкопластером. Накладають марлеву пов'язку для запобігання механічного пошкодження плівки.

**8. Клінічна ефективність:** Спосіб дозволяє накладати вакуум-пов'язки на рани стоп розташованих в області пальців і міжпальцевих проміжків, надає можливість забезпечити хорошу герметизацію і вакуум-ефект при досить складній конфігурації рани. Даний спосіб накладення пов'язки мінімізує можливість негерметичності пов'язки, що забезпечує безперервний відтік відокремлюваного з рани, швидке очищення рани та, як результат, скорочує час до повного одужання. *Соціальна*

*ефективність*: прискорює час загоєння ран, зменшує вірогідність розповсюдження гнійно-некротичних процесів на стопі. *Економічна ефективність*: скорочення терміну стаціонарного лікування.

**9.** Гідрофільна поліуретанова (PU) губка з розміром пір від 400 до 2000 мікрметрів, прозоре адгезивне покриття, неспадаюча дренажна трубка, джерело вакууму з ємністю для збору рідини.

**10.** Наявність інфікованих ран розташованих в області пальців та міжпальцевих проміжках.

**11.** Наявність ознак критичної ішемії кінцівки.

**12.** Не існують.

**13.** Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра амбулаторної, гнійно-септичної хірургії та УЗД. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф Шаповал С. Д.; д.мед.н. Савон І. Л.; к.мед.н. Смирнова Д. О.; Белінська В. О.; к.мед.н., доц. Василевська Л. А.; к.мед.н., доц. Максимова О. О.; Слободченко Л. Ю.

**Контактна особа:** Смирнова Д. О. +380 506043042.

### **Реєстр. № 10/8/22**

#### **1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ БУЖУВАННЯ ПОРОЖНИНИ АБСЦЕСУ**

**2.** НДР «Диференційована хірургічна тактика при парапанкреатичних інфекційно-септичних ускладненнях деструктивного панкреатиту», номер державної реєстрації: 0116U005439.

**3.** Хірургія.

**4.** 2+ С.

**5.** Патент України на корисну модель №127401, МПК А61В 29/00. Пристрій для бужування порожнини абсцесу / Шейко В.Д., Черкун О.Ю., Калюжка А.С.; заявник та патентовласник «УМСА»- № у 201802799; заявл. 19.03.18; опубл. 25.07.18, Бюл.№14.

**6.** Немає

**7.** Завданням даного пристрою є можливість проведення мініінвазивного хірургічного втручання, під місцевою анестезією. Суть методики полягає у поступовому рівномірному збільшенні порожнини абсцесу з допомогою розроблених трубок різного діаметру для подальшої можливості дрениувати порожнину абсцесу поліхлорвініловими дренажами більшого діаметру, а також можливістю налагодження проточного промивання.

**8.** Перевагою даного пристрою є те, що він надає можливість проводити хірургічні втручання без загального знеболення, що в свою чергу зменшує додаткову анестезіологічну травму у тяжкохворих пацієнтів. Мініінвазивність методики сприяє ранній активізації пацієнтів після хірургічного втручання, що дозволяє загалом зменшити витрати на лікування даної категорії пацієнтів.

**9.** Пристрій для бужування порожнини абсцесу, розроблений в клініці, що включає

в себе сім порожнистих трубок та спеціально розроблені два тримачі; препарати для місцевої анестезії.

**10.** Абсцеси черевної порожнини різної локалізації; парапанкреатичні рідинні скупчення черевної порожнини та за очеревинного простору.

**11.** Відсутні

**12.** Ускладнення: пошкодження тонкого або товстого кишечника, у випадку близького розташування останніх.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Шейко В.Д.; к.мед.н. Черкун О.Ю.; к.мед.н. Калюжка А.С.

**Контактна особа:** Черкун О.Ю. +38 0532 573121.

### **Реєстр. № 11/8/22**

## **1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАРАПАНКРЕАТИЧНИХ ЛОКАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

**2.** НДР «Диференційована хірургічна тактика при парапанкреатичних інфекційно-септичних ускладненнях деструктивного панкреатиту», номер державної реєстрації: 0116U005439.

**3.** Хірургія.

**4.** 2+; С.

**5.** Патент України на корисну модель №128237, МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування парапанкреатичних локальних ускладнень гострого тяжкого панкреатиту / Шейко В.Д., Черкун О.Ю., Калюжка А.С.; заявник та патентовласник «УМСА» - № u 201802764; заявл. 19.03.18; опубл. 10.09.18, Бюл.№17

**6.** Немає.

**7.** Завданням даної наукової продукції є можливість проводити мініінвазивні хірургічні втручання у пацієнтів з тяжким перебігом гострого панкреатиту з локальними парапанкреатичними ускладненнями шляхом бужування порожнин рідинних скупчень, з подальшим видаленням вільно лежачих секвестральних мас, а також наступним дрениванням порожнини гнійника. Використовується переважно для дренивання рідинних скупчень з секвестрами, що локалізуються в заочеревинному просторі, з допомогою розробленого в клініці пристрою для бужування порожнини абсцесу, тим самим зменшуючи хірургічну травму у даної категорії пацієнтів.

**8.** Перевагою даного пристрою є те, що він надає можливість проводити хірургічні втручання під місцевою анестезією, що в свою чергу зменшує додаткову анестезіологічну травму у пацієнтів з гострим тяжким панкреатитом. Мініінвазивність методики сприяє ранній активізації пацієнтів після хірургічного втручання, зменшують відсоток післяопераційних ускладнень, пацієнти раніше виписуються зі стаціонару, що дозволяє загалом зменшити витрати на лікування та інвалідизацію даної категорії пацієнтів.

**9.** Пристрій для бужування порожнини абсцесу, розроблений в клініці;

поліхлорвінілові дренажі; препарати для місцевої анестезії.

**10.** Парапанкреатичні рідинні скупчення черевної порожнини та за очеревинного простору з секвестральними масами.

**11.** Відсутні.

**12.** Ускладнення: пошкодження тонкого або товстого кишечника, у випадку близького розташування останніх; кровотечі з місця хірургічного втручання.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Шейко В.Д.; к.мед.н. Черкун О.Ю.; к.мед.н. Калюжка А.С.

**Контактна особа:** Черкун О.Ю. +38 0532 573121.

### **Реєстр. № 12/8/22**

#### **1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗВ'ЯЗКІВ ВПЛИВУ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ НА ПРОГРЕСУВАННЯ ПАПІЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

**2.** НДР «Патогенетичні механізми розвитку раку щитоподібної залози на тлі порушення вуглеводного та ліпідного обміну», номер державної реєстрації: 0119U001421.

**3.** Хірургія.

**4.** 2+; С.

**5.** Немає.

**6.** Немає.

**7.** Спосіб визначення імунологічних зв'язків впливу аутоімунного тиреоїдиту на прогресування папілярної карциноми щитоподібної залози.

**8.** Спосіб полягає у фіксації тканини в 10% нейтральному буферизованому формаліні протягом 24 год, з наступною обробкою в автоматизованому гістопроекторі, а також гістопатологічної оцінки за допомогою мікроскопа отриманих з парафінових блоків за допомогою мікротома зрізів з наступним фарбуванням предметних скелець гематоксиліном та еозином, а також імуногістохімічного дослідження і підрахунку кількості імунних клітин (цитотоксичні Т-клітини (CD8), плазматичні клітини (CD138), Т-регуляторні (Treg) клітини (FOXP3), тучні клітини (MCT), макрофаги M2 (CD163)). Застосування способу дозволяє визначити прогресування папілярної карциноми щитоподібної залози в залежності від наявності супутнього аутоімунного тиреоїдиту, що дозволить виділити групи пацієнтів з більш легким перебігом папілярного раку щитоподібної залози, а також виділити фактори, які впливають на прогресування цього захворювання.

**9.** Лікар гістолог, автоматизований гістопроектор, мікротом, мікроскоп, реактиви для імуногістохімічного дослідження за методикою імунопероксидази.

**10.** Визначення агресивності перебігу папілярного раку щитовидної залози на тлі аутоімунного тиреоїдиту.

**11.** Немає. Діагностика проводиться на матеріалі отриманому за допомогою інтраопераційного видалення пухлини.

**12.** Можливими труднощами є технічні питання видалення пухлини, зберігання, обробки отриманого матеріалу пухлини, а також помилки при проведенні імуногістохімічного дослідження. Шляхи усунення: дотримання умов зберігання і технологічного процесу при проведенні імуногістохімічного дослідження.

**13.** Український науково-практичного центру ендокринної хірургії трансплантації ендокринних органів та тканин, МОЗ України.

Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01010

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н, с.н.с. Нечай О. П.; Квітка Д. М.; Ліщинський П.О.; д.мед.н. Паламарчук В.О.; д.мед.н., проф. Товкай О. А.

**Контактна особа:** Ліщинський П. О. +38 044 2545462.

### Реєстр. № 13/8/22

## **1. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ МАГНІЮ В КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГІПОКАЛЬЦІЄМІЇ**

**2.** НДР «Ризик-орієнтоване хірургічне лікування новоутворень щитоподібної та прищитоподібних залоз», номер державної реєстрації: 0120U000219.

**3.** Хірургія.

**4.** 2+; С.

**5.** Немає.

**6.** Немає.

**7.** Різке зниження рівня паратгормону у післяопераційному періоді призводить до запуску цілого каскаду електролітних змін в організмі. Хворі потребують постійного нагляду медичного персоналу, та перебування їх у стаціонарі продовжується. Стандартними методами контролю та лікування симптомів гіпаратиреозу є вимірювання рівнів паратгормону (ПГ, РТН) та іонізованого кальцію у плазмі крові (Ca<sup>++</sup>) з подальшою корекцією шляхом введення препаратів кальцію та вітаміну Д. Моніторинг та корекція лише кальцію та паратгормону не спроможні контролювати інші електролітні зміни. Результатом впровадження нововведення буде зменшення випадків клінічних проявів післяопераційної гіпокальціємії за рахунок перорального прийому хворими препаратів магнію у до- та післяопераційному періоді.

**8.** *Медичний:* зменшення випадків вираженої гіпокальціємії у післяопераційному періоді після тиреоїдектомії. *Соціальний:* зменшення негативного впливу хірургічного втручання на якість життя пацієнта. *Економічний:* скорочення терміну перебування хворого у стаціонарі.

**9.** Наявність біохімічного аналізатору для визначення паратгормону, кальцію, магнію. Препарати магнію у терапевтичних дозах.

**10.** Як передопераційна підготовка до можливої тиреоїдектомії. У ранньому післяопераційному періоді для профілактики випадків гіпокальціємії.

**11.** Наявність алергічних реакцій на препарати магнію або його компонентів. Можлива несумісність з іншими препаратами, що приймаються.

**12.** Немає.

**13.** Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Адреса: Кловський узвіз 13-А, м. Київ - 02091

**14.** Немає.

**15.** Квітка Д. М.; д.мед.н. Паламарчук В. О.

**Контактна особа:** Квітка Д. М. +38 044 2545462.

### **Реєстр. № 14/8/22**

## **1. ВИКОРИСТАННЯ КИСНЕВОГО КОКТЕЛЮ В ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

**2.** Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію «Використання кисневого коктейлю в програмі реабілітації у хворих оперованих на органах черевної порожнини» зареєстровано в журналі раціоналізаторських пропозицій за № 3/2790 від 01.12.2021р.

**3.** Хірургія.

**4.** 2+

**5.** Отримано свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію «Використання кисневого коктейлю в програмі реабілітації у хворих оперованих на органах черевної порожнини» зареєстровано в журналі раціоналізаторських пропозицій за № 3/2790 від 01.12.2021р.

**6.** Немає.

**7.** Кисневий коктейль – це корисний продукт, який має певні позитивні властивості, й використовується при лікуванні деяких захворювань. Він і дає організму необхідні речовини, вітаміни й мікроелементи. До 90 – 95% усієї скляночки коктейля складає сам кисень. Компонент, який утворює піну й утримує кисень у напої. Хоча кисневий коктейль не є лікарським засобом, а тільки допоміжним, він має цілком певні властивості при таких захворюваннях, яким показано регулярно вживати цю смачну пінку: гастрити зі зниженою, нормальною та підвищеною кислотністю шлунка; порушення центральної нервової системи; стреси; гіпертонія і гіпотонія; захворювання печінки: хронічний гепатит, цироз печінки, холецистит; захворювання серцево-судинної системи; цукровий діабет; захворювання бронхо-легеневої системи; імунні захворювання; захворювання опорно-рухового апарату: ревматизм, артрит та інші; порушення аеробного обміну; синдром хронічної втоми.

**8.** Користь кисневого коктейля: він насичує організм киснем і запобігає кисневому голодуванню; благотворно діє на серцево-судинну й дихальну системи; сприяє налагодженню роботи ШКТ, усуненню запорів; підвищують захисні властивості організму, стресостійкості, покращують загальне самопочуття; тонізує, підвищує працездатність.

**9.** Кисень, піноутворювач, кисневий міксер, чай, сік, настій трав, сироп, молоко.

**10.** Людям з різними захворюваннями: стреси; гіпертонія і гіпотонія; порушення центральної нервової системи; гастрити зі зниженою, нормальною та підвищеною кислотністю шлунка; захворювання печінки; захворювання ССС; цукровий діабет;

захворювання бронхо-легеневої системи; імунні захворювання; захворювання ОРА: ревматизм, артрит; порушення аеробного обміну; синдром хронічної втоми.

**11.** Гострий приступ бронхіальної астми; виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, виразкові коліти в стадії загострення; жовчнокам'яна хвороба (II-III стадія); непереносимості окремих компонентів кисневого коктейлю; порушення серцевого ритму; гострий панкреатит.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом ФВ.

**14.** Немає.

**15.** Чурпій І.К.; Голод Н.Р.; Куравська Ю.С.; Янів О.В.; Федорівська Л.П.; Тудоси В.Г.; Кравчук М.І.; Фіцич М.В.

**Контактна особа:** Чурпій І. К. +380 509671840.

### **Реєстр. № 15/8/22**

#### **1. СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ МАСАЖУ В ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ**

**2.** Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію «Спосіб застосування масажу в програмі реабілітації у хворих після лапароскопічної холецистектомії» зареєстровано в журналі раціоналізаторських пропозицій за № 2/2789 від 01.12.2021р.

**3.** Хірургія, фізична терапія, ерготерапія.

**4.** 2+.

**5.** Отримано свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію «Спосіб застосування масажу в програмі реабілітації у хворих після лапароскопічної холецистектомії» зареєстровано в журналі раціоналізаторських пропозицій за № 2/2789 від 01.12.2021р.

**6.** Немає.

**7.** Погладжування – це масажний прийом, при виконанні якого руки масажиста ковзають по тілу пацієнта, викликаючи незначне зміщення його тканин. Він є найніжнішим масажним прийомом і діє переважно на поверхню шкіри. Мета застосування: заспокоїти пацієнта; визначити стан напруження передньої черевної стінки інших тканин; розслабити м'язи пацієнта; проведення відбувається за часовою стрілкою що стимулює роботу кишечника (перестальтичні хвилі).

Механізми дії: ніжна механічна дія; помірний рефлекторний, гуморальний та біоенергетичний впливи.

**8.** Фізіологічний вплив прогладжування на організм. 1. Помірно стимулює рух крові та лімфи у судинах шкіри, котрий супроводжується відсмоктуючим (дренажним) ефектом, усуненням набряків і застійних явищ, сприяє кращому видаленню продуктів обміну речовин. 3. Стимулює обмін речовин у шкірі. 4. Активізує секрецію шкірних залоз. 5. Підвищує шкірно-м'язовий тонус, скоротливу функцію шкірних м'язів і температуру шкіри. 6. Зменшує напруження у тканинах і знижує кров'яний

та внутрішньо-тканинний тиск. 7. Поверхнєве прогладжування викликає загальний заспокійливий та знеболюючий ефекти, стимулює перистальтику кишечника.

**9.** Кушетка, індивідуальний рушник, масажна олія гіпоалергенна, антисептик.

**10.** Помірно стимулює рух крові та лімфи у судинах шкіри, котрий супроводжується відсмоктуючим (дренажним) ефектом, усуненням набряків і застійних явищ, сприяє кращому видаленню продуктів обміну речовин; стимулює обмін речовин у шкірі; покращує шкірне дихання; підвищує шкірно-м'язовий тонус, скоротливу функцію шкірних м'язів і температуру шкіри; поліпшує косметичні властивості шкіри: шкіра стає гладенькою, еластичною, пружною; Поверхнєве прогладжування викликає загальний заспокійливий та знеболюючий ефекти, стимулює перистальтику кишечника.

**11.** Підвищена температура тіла, інфекційні захворювання, шкірні захворювання, незагоєна післяопераційна рана, виснаження, головний біль, психічні розлади, захворювання ССС, захворювання ШКТ.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом ФВ.

**14.** Немає.

**15.** Чурпій І.К.; Голод Н.Р.; Куравська Ю.С.; Янів О.В.; Федорівська Л.П.; Тудоси В.Г.; Кравчук М.І.; Фіцич М.В.

**Контактна особа:** Чурпій І. К. +380 509671840.

## **Реєстр. № 16/8/22**

### **1. СПОСІБ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ СЕПСИСУ**

**2.** НДР «Сепсис у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи».

**3.** Хірургія.

**4.** 2++С.

**5.** Патент на корисну модель 145586 Україна. МПК (2021.01) А61 К 31/00, А61 Р 31/00. Спосіб антибактеріальної терапії сепсису / Шаповал С.Д., Савон І.Л., Белінська В.О., Смирнова Д.О., Василевська Л.А., Софілканич М.М.; заявники та патентовласники ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», Шаповал С.Д., Савон І.Л., Белінська В.О., Смирнова Д.О., Василевська Л.А., Софілканич М.М. - № у 2020 04083; заявл. 06.07.20; опубл. 28.12.20, Бюл. 24.

**6.** Немає.

**7.** В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу антибактеріальної терапії сепсису шляхом проведення нової консервативної терапії, за якою протягом першої години після встановлення діагнозу, після взяття матеріалу для бактеріологічного дослідження та до отримання результатів, наряду з симптоматичною терапією призначають антибактеріальні препарати, в залежності від умов виникнення сепсису та наявності поліорганної недостатності (ПОН), що забезпечує зменшення рівня летальності та скорочення терміну лікування хворих. Поставлена задача вирішується тим, що в способі антибактеріальної терапії сепсису, який полягає в проведенні консервативної терапії, згідно з корисною моделлю

наряду з симптоматичною терапією при діагностиці позалікарняного сепсису без ПОН призначають одну з наступних комбінацій антибактеріальних препаратів: цефалоспорини II, III генерації + метронідазол/кліндаміцин або фторхінолони «респіраторні» + метронідазол/кліндаміцин; при позалікарняному сепсисі з ПОН: цефалоспорини IV, V генерації + метронідазол/кліндаміцин або карбапенеми; при нозокоміальному сепсисі, який зазвичай супроводжується ПОН: карбапенеми + глікопептиди. Запропонована схема антибактеріальної терапії складається з препаратів, які мають активність по відношенню до найбільш вірогідних збудників та добре проникають в осередок інфекції.

**8. Клінічна ефективність:** дає можливість розпочати адекватну АБТ у першу годину після встановлення діагнозу, що є важливим аспектом у лікуванні хворих на сепсис. Така схема лікування у 80% випадках є ефективною при продовженні емпіричного лікування пацієнтів, в яких перший результат культурального дослідження крові був негативним. Цей спосіб дає можливість шляхом призначення емпіричної АБТ хворим на сепсис у першу годину після встановлення діагнозу, до отримання результатів бактеріологічного дослідження знизити рівень летальності та покращити результати лікування. *Соціальна ефективність:* прискорює час одужання пацієнтів, зменшує вірогідність розповсюдження гнійно-некротичних процесів з розвитком вторинних піогенних очагів у хворих на сепсис. *Економічна ефективність:* скорочення терміну стаціонарного лікування.

**9.** Антибактеріальні препарати - цефалоспорини II, III, IV, V генерації, метронідазол, кліндаміцин, фторхінолони «респіраторні», карбапенеми, глікопептиди.

**10.** Наявність цукрового діабету, гнійно-некротичних змін обмежених м'якими тканинами з розвитком сепсису.

**11.** Повишена чутливість до любого з компонентів препаратів.

**12.** Не існують.

**13.** Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра амбулаторної, гнійно-септичної хірургії та УЗД. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф. Шаповал С.Д.; д.мед.н. Савон І. Л.; Белінська В. О.; к.мед.н. Смирнова Д.О.; к.мед.н., доц. Василевська Л. А.; к.мед.н. Софілканич М. М.

**Контактна особа:** Белінська В. О. +380 993236633

## Реєстр. № 17/8/22

### **1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПАПІЛЯРНОЮ КАРЦИНОМОЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНОЮ МЕТАСТАЗУВАННЯМ В КІСТКИ ТА ГОЛОВНИЙ МОЗОК**

**2.** НДР «Оптимізація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю на принципах «хірургії швидкого шляху» при окремих захворюваннях щитоподібної та прищитоподібних залоз, носоглотки, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, судин і суглобів, зокрема,

з використанням атомно-силової мікроскопії та із застосуванням методу преламінації для обробки імплантів», номер державної реєстрації: 0119U001046.

**3.** Хірургія.

**4.** 2+;С.

**5.** Стаття Volodymyr B. Dobrorodnyi<sup>1</sup>, Anatoliy D. Bedenyuk<sup>1</sup>, Viktoria G. Khoperiia, Andriy V. Dobrorodnyi<sup>1</sup> «PAPILLARY CARCINOMA, A METASTASIS OF THE BRAIN AND BONE: A RARE CASE» Wiadomości Lekarskie, VOLUME LXXIII, ISSUE 10, OCTOBER 2020;73(10):2306-2308.

**6.** При наявності в багатьох ділянках черепа і кісток метастазів від раку щитовидної залози, як первинної прихованої пухлини, під час диференційної діагностики, необхідно враховувати можливу наявність деструктивних уражень основи черепа чи кісток, зокрема лопатки, незалежно від віку пацієнта, а також проводити гістопатологічну діагностику тканин щитовидної залози. Подальша тактика ведення пацієнта, після видалення метастазів в доступних ділянках черепа чи кісток, зокрема лопатки, має включати: повну тиреоїдектомію, радіоактивний йодом або зовнішнє опромінення, моніторинг гормонів щитовидної залози. Рівень гормонів щитовидної залози в післяопераційному періоді, після тиреоїдектомії та видалення метастазів, моніторується (на тлі відміни тироксину на 4 місяці післяопераційного періоду) кожний місяць, протягом півроку.

**7.** Нововведення стосується застосуванню одночасного обстеження пацієнтів міждисциплінарною командою фахівців, це збільшення відсотка пацієнтів, які доживають до 5 річного виживання до 23%, умовою для цього є наявність необхідного діагностичного-лікувального обладнання.

**8.** Впровадження нововведення в практичну медицину дозволить застосувати мультидисциплінарний підхід у діагностиці та лікуванні пацієнтів із дистантними метастазами раку щитоподібної залози

**9.** Умовою гарантованої ефективної реалізації запропонованої методики – є наявність прецизійного променевого, ендоскопічного та ехографічного обладнання.

**10.** Пацієнти з папілярною карциномою щитоподібної залози, ускладненою метастазуванням в кістки та головний мозок.

**11.** Спеціалізовані проти покази до променевого, ендоскопічного та ехографічного обстеження.

**12.** Ретельний збір анамнестичних даних для запобігання алергічних реакції на контрастні речовини та приступів панічних атак.

**13.** Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н. Хоперія В.Г.; к.мед.н. Шептуха С.А.; к.мед.н. Ткаченко Р.П.; Губарь О.С.  
**Контактні особи:** Хоперія В.Г. +380 985922222; Шептуха С.А. +380 667232362; Ткаченко Р. П. +380 677006827; Губарь О. С. +380 939888888.

## Реєстр. № 18/8/22

### **1. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ЯК КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

2. НДР «Патогенетичні особливості перебігу алергічних і запальних процесів та їх фармакокорекція», номер державної реєстрації: 0116U004503.

3. Хірургія.

4. 2+;С

5. Інформаційний лист. Львів; 2021. «Патфізіологія»;»Хірургія»

6. Впроваджено у закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) патологоанатомічного та хірургічного профілю.

7. Гострий перитоніт на тлі цукрового діабету обумовлений високими показниками летальності при видозміненому перебігу запального процесу очеревини в результаті гіперглікемії. Автором проведено експериментальне дослідження, яке полягало в проведенні гістологічного дослідження тонкої кишки в динаміці моделювання експериментального ГПП на тлі СТД, що дозволило встановити основні морфологічні зміни, що є критеріями оцінки ступеня важкості СЕН при гострому запаленні очеревини за умови супутнього ЦД.

8. За допомогою даного дослідження виявлено тяжкість протікання гострого поширеного перитоніту, яке є тригерним фактором розвитку синдрому ендогенної інтоксикації.

9. Лабораторне обладнання

10. Пацієнти з гострим перитонітом.

11. Відсутні.

12. Не передбачається.

13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032)2767817.

14. Відсутні.

15. Доц. Вервега Б.М.

**Контактна особа:** Вервега Б.М. +38 032 2368450.

## Реєстр. № 19/8/22

### **1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ЕМПІЕМИ ПЛЕВРИ**

2. НДР «Профілактика, діагностика і лікування неспецифічних гнійно-запальних захворювань легень та плеври», номер державної реєстрації: 0116U005354.

3. Торакальна хірургія.

4. 2+; D.

5. Патент на корисну модель: № 145216; 25.11.2020, Бюл. № 22; МПК (2020.01) А61В 17/00; «Спосіб хірургічного лікування неспецифічної емпієми плеври» // Власники: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69050, UA, Телушко Я.В. вул.

Чумаченка, б. 17, кв. 63, Запоріжжя, 69104, UA, Перцов В.І. Запоріжжя, пр. Соборний, б. 176, кв. 72, 69004, UA.

6. Немає.

7. Спосіб хірургічного лікування неспецифічної емпієми плеври шляхом виконання відеоторакоскопії з однолегеневою вентиляцією контрлатеральної легені та переходом на ендотрахеальну вентиляцію перед дренажуванням порожнини, механічне руйнування злук та повторну аспірацію вмісту плевральної порожнини, пасивне дренажування плевральної порожнини після операції, який відрізняється тим, що встановлюють два торакопорти, а саме, для відеокамери в найнижчій точці плевральної порожнини у 8 міжребір'ї, і за задньою пахвовою лінією та розміром 3-4 см – інструментальний порт у 5 міжребір'ї за середньою пахвовою лінією, формують достатню для маніпуляцій порожнину, аспірують наявний ексудат, за допомогою дисектору проникають на глибину шару плевральних нашарувань, який дозволяє видалити їх клапотями; поетапно, тупим способом відшаровують парієтальну та вісцеральну плевру таким чином, щоб звільнити всі відділи плевральної порожнини та видалити повністю емпіємну порожнину; відновлюють міжчасткові щілини та виконують діафрагмоліз, дренажування виконують через обидва порти з направленням одного дренажу до верхньої апертури, а іншого – до заднього діафрагмального синусу; операційні рани зашивають за допомогою вертикальних П-подібних швів з обох боків дренажів для повного видалення лігатур після зняття.

8. Підвищення ефективності лікування, скорочення строків перебування в стаціонарі, зменшення кількості рецидивів захворювання.

9. Анестезіологічне забезпечення хірургічного втручання, відеоендоскопічний комплекс для виконання відеоторакоскопії.

10. Хірургічне лікування хворих з гострою емпіємою плеври.

11. Тяжкий стан хворого обумовлений системними розладами життєво важливих функцій (гостра серцево-судинна, дихальна печінково-ниркова недостатність).

12. Ушкодження паренхіми легені, що призводить до відсутності аеростазу – відшарування емпіємної порожнини зі збереженням цілісності вісцеральної плеври; формування залишкової порожнини, хронічної емпієми плеври – звільнення від нашарувань не тільки порожнини емпієми, а і здорової частини легені; кровотеча – поетапний ретельний гемостаз впродовж операції.

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (061) 224-64-69, кафедра медицини катастроф, військової медицини та нейрохірургії, тел. (061) 233-60-00.

14. Немає.

15. К.мед.н. Телушко Я.В.; д.мед.н., проф. Перцов В.І.

**Контактна особа:** Телушко Я.В. +380 665597065.

**Реєстр. № 20/8/22**

## **1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕЦИДИВУ ОСТЕОМІЄЛІТУ РЕБЕР**

2. НДР «Профілактика, діагностика і лікування неспецифічних гнійно-запальних захворювань легень та плеври», номер державної реєстрації: 0116U005354.

3. Торакальна хірургія.

4. 3D.

5. Патент на корисну модель: № 141843; 27.04.2020, Бюл. № 8; МПК (2020.01) А61В 17/00, G01N 33/569 (2006.01); «Спосіб профілактики післяопераційного рецидиву остеомієліту ребер» // Власники: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69050, UA, Телушко Я.В. вул. Чумаченка, б. 17, кв. 63, Запоріжжя, 69104, UA, Перцов В.І. Запоріжжя, пр. Соборний, б. 176, кв. 72, 69004, UA.

6. Немає.

7. Спосіб профілактики післяопераційного рецидиву остеомієліту ребер шляхом виконання хірургічної резекції з широким висіченням вражених кісток, проведення мікробіологічного дослідження ексудату для з'ясування чутливості збудника до антибактеріальних препаратів та призначення відповідної антибактеріальної терапії, який відрізняється тим, що одномоментну резекцію враженої запаленням частини ребра виконують підокісно, довжину фрагменту, що видаляють, вважають достатньою, якщо при пересіченні ребра зі зрізу надходить рожева сукровиця; хрящову частину видаляють до грудини повністю; потім шприцом, під тиском, вводять розчин антибіотику в губчасту речовину ребра до рівномірного заповнення та далі проводять пластичне закриття культі ребра клаптем міжреберних м'язів з окістям за допомогою кисетного шва.

8. Підвищення ефективності лікування, скорочення перебування в стаціонарі, зменшення кількості рецидивів захворювання.

9. Розчин антибіотику широкого спектру дій, шприц одноразового використання.

10. Хірургічне лікування хворих з остеомієлітом ребер.

11. Гіперчутливість до антибактеріального препарату, що використовується.

12. Немає.

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (061) 224-64-69, кафедра медицини катастроф, військової медицини та нейрохірургії, тел. (061) 233-60-00.

14. Немає.

15. К.мед.н. Телушко Я.В.; д.мед.н., проф. Перцов В.І.

**Контактна особа:** Телушко Я.В. +380 665597065.

## **ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 21/8/22**

**1. СПОСІБ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ СТЕАТОГЕПАТОЗУ У ДІТЕЙ**

2. НДР «Вивчити провідні фактори впливу на перебіг неалкогольного стеатозу печінки у дітей, розробити критерії прогнозування несприятливого перебігу та диференційований алгоритм лікувальних заходів», номер державної реєстрації: 0117U005589.

3. Гастроентерологія.

4. 2+ D.

5. Спосіб неінвазивної діагностики стеатогепатозу у дітей: пат. 118954 Україна: МПК (2017.01) A61B 8/00 A61B 5/107 (2006.01). u2016 07478, заявл. 08.07.2016, опубл. 11.09.2017. Бюл. №17.

6. Немає.

7. Пропонується для впровадження в дитячих гастроентерологічних, педіатричних, поліклінічних відділеннях обласних, міських, районних лікарень спосіб неінвазивної діагностики стеатогепатозу у дітей на підставі визначення параметрів розподілу вісцерального і підшкірного жиру за допомогою ультразвукових хвиль.

На теперішній час неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) визнана найбільш поширеною нозологічною формою в структурі хронічних дифузних захворювань печінки у дітей та підлітків промислово розвинутих країн світу. НАЖХП щільно асоційована з абдомінальним ожирінням, інсулінорезистентністю, порушенням толерантності до вуглеводів та дисліпідемією, тобто має тісний зв'язок та є проявом метаболічного синдрому. Ожиріння є провідним конституціональним фактором ризику розвитку НАЖХП у дітей. На сьогодні тип розподілу жиру в тілі, зокрема накопичення вісцерального жиру, вважається важливим чинником розвитку НАЖХП. Тому для об'єктивного відбору осіб з ризиком розвитку стеатозу печінки необхідна розробка нових технологій і методів дослідження, які дозволять підвищити надійність та оперативність оцінки розладів жирового обміну з визначенням характеру розподілу жирової маси тіла.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я рекомендовано застосовувати індекс маси тіла (ІМТ) як загальноприйнятий і найбільш важливий критерій діагностики надмірної маси тіла та ожиріння у клінічній практиці для дорослих і дітей. Але цей показник є недостатнім для визначення ожиріння у осіб з належною масою тіла, оскільки не здатний оцінити ступінь розвитку саме жирової тканини. На сьогодні в арсеналі практичного лікаря перебувають різні методи визначення складу тіла, які розподіляються за принципами методу (антропометричні, фізичні, біофізичні), за умовами їх використання (польові, амбулаторні, клінічні, наукові), за показниками, що вимірюють (гідростатична денситометрія, рентгенівська абсорбціометрія та ін.). Проте жоден з методів не довів пріоритетності застосування для діагностики складу тіла та типу розподілу жирової тканини. Недоліком цих методів також є вартісність й малодоступність. Отже, оцінка типу розподілу жирової тканини з визначенням ступеня розвитку вісцерального жиру шляхом ультразвукового дослідження вважається перспективним методом діагностики розладів жирового обміну та НАЖХП у дітей.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Вивчити провідні фактори впливу на перебіг неалкогольного стеатозу печінки у дітей, розробити критерії прогнозування несприятливого перебігу та диференційований алгоритм лікувальних заходів», 0117U005589, 2018-2020.

Авторами проведено дослідження, метою якого стало удосконалення неінвазивної діагностики НАЖХП на початкових етапах розвитку захворювання шляхом оцінки параметрів розподілу жирової тканини при ультразвуковому дослідженні в режимі

2D-сканування з розрахунком жирового індексу черевної стінки (ЖІЧС).

У дослідження включено 60 дітей з надмірною вагою та ожирінням, хворих на НАЖХП. Всім дітям за допомогою ультразвукового сканера «Toshiba Xario SSA660-A» (Японія), конвексним 3,5-7,0 МГц та лінійним 7,0-12,0 МГц датчиками у реальному масштабі часу було проведено ультразвукове дослідження. Всі ультразвукові вимірювання проводилися без компресії на датчик. Оцінювали середні арифметичні значення з трьох вимірювань наступних параметрів: підшкірний жир (ПЖ) - відстань від шкіри до білої лінії, виміряна на гемі-грудинній лінії, на 1 см вище пупка, з використанням лінійного трансдюсера в поздовжньому скануванні; надчеревний жир (НЧЖ) - відстань від білої лінії до парієтальної черевини, виміряна на гемі-грудинній лінії, на 1 см вище пупка, з використанням лінійного датчика в поздовжньому скануванні; жировий індекс черевної стінки (ЖІЧС) – розраховували шляхом поділу найбільшого значення НЧЖ (максимальний НЧЖ) на найменший показник ПЖ (мінімальний ПЖ):  $ЖІЧС = НЧЖ_{max} / ПЖ_{min}$ . Отримані показники ЖІЧС були співставлені з даними, отриманими при дослідженні печінки за допомогою апарата “FibroScan® 502 touch” (Echosens, Франція). Проведений ROC-аналіз показника ЖІЧС з метою визначення граничного значення. За даними ROC-аналізу перевищення ЖІЧС значення 0,35 свідчить про наявність стеатозу печінки (чутливість - 88,9%, специфічність - 85,0%).

Отже, запропонований нами спосіб, що включає ультразвукове дослідження з подальшим розрахунком жирового індексу черевної стінки та співставленням його з пороговим значенням є неінвазивним, безпечним та рекомендується для застосування в алгоритмі ранньої діагностики стеатогепатозу у дітей.

**8.** Переваги запропонованого способу полягають у можливості неінвазивно та безпечно проводити оцінку показників розподілу жирової тканини, що сприяє зниженню затрат часу та матеріальних витрат на проведення додаткових діагностичних процедур.

Застосування нововведення дозволяє неінвазивно проводити скринінгові дослідження у дітей та в 100% випадків сформувати групу ризику стеатозу печінки, що підвищує якість надання медичної допомоги дитячому населенню України.

Спосіб характеризується відсутністю рентгенівського навантаження, високою частотою відтворюваності, можливістю динамічного дослідження з метою контролю ефективності лікування.

**9.** Необхідне обладнання: ультразвуковий сканер експертного класу.

**10.** Неалкогольна жирова хвороба печінки.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

**14.** Немає.

**15.** Член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. Степанов Ю.М.; к.мед.н., с.н.с. Завгородня Н.Ю.; к.мед.н., с.н.с. Ягмур В.Б.; Петішко О.П.

**Контактна особа:** Коненко І.С. +380 955054688.

## **1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНЯ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ**

2. НДР «Вивчити провідні фактори впливу на перебіг неалкогольного стеатозу печінки у дітей, розробити критерії прогнозування несприятливого перебігу та диференційований алгоритм лікувальних заходів», номер державної реєстрації: 0117U005589.

3. Гастроентерологія.

4. 2+; D.

5. Спосіб неінвазивної діагностики ступеня стеатозу печінки у дітей з ожирінням: пат. 141191 Україна: МПК (2020.01) G01N 29/00 A61B 5/00. u2019 09467, заявл. 21.08.2019, опубл. 25.03.2020. Бюл. №6.

6. Немає.

7. Пропонується для впровадження в дитячих гастроентерологічних, педіатричних, поліклінічних відділеннях обласних, міських, районних лікарень спосіб неінвазивної діагностики ступеня стеатозу печінки у дітей з ожирінням, що включає ультразвукове дослідження тканини печінки з додатковим проведенням стеатометрії та визначенням величини коефіцієнта атенуації ультразвуку щонайменше у 3 сегментах печінки. Якщо середню величину коефіцієнта визначають у діапазоні 1,89-2,35 дБ/см, діагностують перший ступінь стеатозу печінки; при значеннях 2,36-2,80 дБ/см - другий ступінь стеатозу печінки, і понад 2,81 дБ/см - третій ступінь стеатозу печінки.

Відомо, що ожиріння призводить до чисельних метаболічних порушень, а формування ектопічних осередків жирової тканини у печінці та підшлунковій залозі збільшує доступ вільних жирних кислот до портальної вени та сприяє синтезу і накопиченню нейтральних жирів у гепатоцитах, що є одним із чинників виникнення та прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки. У певної кількості пацієнтів стеатоз печінки може супроводжуватися активним запаленням та загибеллю гепатоцитів, призводити до прогресування фіброзу печінки та виникнення печінкової недостатності і портальної гіпертензії. Крім того, накопичення печінкою ліпідів є чинником формування печінкової інсулінорезистентності, ризику розвитку кардіоваскулярної патології та численних коморбідних станів. Отже, кількісне оцінювання жирових включень в гепатоцитах або ступеня жирової дистрофії печінки є надзвичайно важливим для прогнозування перебігу захворювання та визначення лікувальної тактики. «Золотий стандарт» визначення вмісту жиру в печінці – морфологічне дослідження – має чисельні недоліки, крім того, інвазивність процедури обмежує її застосування у педіатричній практиці. Звичайне ультразвукове дослідження у сірій шкалі характеризується недостатньою чутливістю для виявлення ранніх стадій стеатозу печінки, а також високою частотою появи оператор-залежних артефактів. Таким чином, пошук способів раннього виявлення та кількісного оцінювання ступеня накопичення жирової тканини в печінці є актуальним.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Вивчити провідні фактори впливу на

перебіг неалкогольного стеатозу печінки у дітей, розробити критерії прогнозування несприятливого перебігу та диференційований алгоритм лікувальних заходів», 0117U005589, 2018-2020.

Авторами проведено дослідження, метою якого стало удосконалення діагностики та прогнозування перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки у дітей з ожирінням шляхом визначення коефіцієнта атенуації ультразвуку при скануванні тканини печінки та стадіювання за ступенем стеатозу, що дозволить проводити динамічний контроль ефективності лікування та поліпшити якість життя дітей.

У дослідження було включено обстежено 50 дітей з ожирінням. Усім дітям проводили єдине послідовне ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Потім виконували ультразвукове дослідження печінки на апараті SonoS7 P7 ("Ultrasign", Україна) у режимі кількісного визначення стеатозу шляхом реєстрації коефіцієнта атенуації ультразвукового променя у горизонтальному положенні дитини в умовах спокійного дихання, без компресії датчиком в В-режимі, виконували щонайменше 3 виміри величини коефіцієнту атенуації ультразвуку у різних сегментах печінки з визначенням середньої його величини, вираженої у дБ/см. За даними ROC-аналізу значення цього показника у межах 1,89-2,35 дБ/см свідчить про наявність стеатозу печінки першого ступеня, у межах 2,36-2,80 дБ/см - другого ступеню стеатозу печінки, а понад 2,81 дБ/см – третього ступеню стеатозу печінки. Отже, запропонований нами спосіб, що включає ультразвукове дослідження зі стеатометрією з подальшим порівняльним аналізом величини коефіцієнта атенуації ультразвуку є неінвазивним, безпечним та рекомендується для діагностики та прогнозування перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки у дітей з ожирінням.

**8.** Перевагами запропонованого способу є збільшення показників чутливості, розширення категорії досліджуваних дітей дошкільного віку із високим індексом маси тіла, зниження затрат часу та матеріальних витрат на проведення додаткових діагностичних процедур, виключення психологічного, навантаження, пов'язаного з додатковими обстеженнями.

Застосування нововведення дозволяє неінвазивно проводити скринінгові дослідження у дітей з ожирінням з метою формування групи ризику прогресування структурних змін печінки, що сприяє своєчасному виявленню ускладнень та підвищує якість надання медичної допомоги дитячому населенню України.

**9.** Необхідне обладнання: ультразвуковий сканер експертного класу зі стеатометрією.

**10.** Неалкогольна жирова хвороба печінки .

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

**14.** Немає.

**15.** Член-кор. НАМН України, д.мед.н., професор Степанов Ю.М.; к.мед.н., с.н.с. Завгородня Н.Ю.; к.мед.н., с.н.с. Ягмур В.Б.; Петішко О.П.

**Контактна особа:** Коненко І.С. +380 955054688.

**1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ**

2. НДР «Вивчити клініко-біохімічні та структурні особливості формування стеатозу та фіброзу у пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки», номер державної реєстрації: 0118U001834.

3. Гастроентерологія.

4. 2+D.

5. Спосіб діагностики фіброзу печінки у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки: пат. 142186 Україна: МПК6 А61В 5/00 G01N 29/00 (2020.01). u2019 09127, заявл. 05.08.2019, опубл. 25.05.2020. Бюл. №10.

6. Немає.

7. Пропонується для впровадження в гастроентерологічних, терапевтичних, поліклінічних відділеннях обласних, міських, районних лікарень спосіб неінвазивної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) на підставі кількісної оцінки жорсткості печінки та визначення стадії фіброзу шляхом співставлення медіани цього показника з пороговим його значенням.

Неалкогольна жирова хвороба печінки найбільш розповсюджена дифузна патологія печінки у світі, патологія охоплює 17–46% дорослого населення з відмінностями залежно від методу діагностики, віку, статі та етнічної приналежності. Сучасна діагностика НАЖХП складається із всього спектра патології – простого стеатозу, стеатогепатиту, наявності різних ступенів фіброзу та цирозу. Фіброз печінки, що спочатку покликаний лише відокремити уражену ділянку від здорової, при подовжені дії патогенного фактору набуває патологічного значення та призводить до розростання сполученої тканини та зменшення кількості здорової функціонуючої паренхіми з розвитком печінкової недостатності та портальної гіпертензії. Для зниження смертності від цирозу печінки та його ускладнень необхідна своєчасна діагностика фіброзу ще на відносно ранніх його етапах, тому важливо відокремити помірний фіброз від вираженого, починаючи з якого розвиваються клінічні ускладнення. В останнє десятиліття інтенсивного розвитку зазнали неінвазивні та малоінвазивні методи визначення ступеня стеатозу, активності запального процесу та фіброзу печінки при НАЖХП. Серед них оцінка різних сироваткових маркерів та розрахункових індексів, але більшість пацієнтів (приблизно 80%) мають нормальні функціональні тести печінки та лише у невеликої частини є помірне підвищення амінотрансфераз, і не завжди печінкові ензими відображають наявність гістологічного запалення та стадію хвороби. Золотим стандартом діагностики фіброзу при різних ураженнях печінки, залишається морфологічне дослідження. Але біопсії печінки крім того, що вона є психологічним та фізичним навантаженням пацієнта, притаманні такі ускладнення як біль після процедури та можливість кровотечі. Тому проблема удосконалення неінвазивної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на НАЖХП залишається актуальною.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Вивчити клініко-біохімічні та

структурні особливості формування стеатозу та фіброзу у пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки», 0118U001834, 2019-2021.

Авторами проведено дослідження, метою якого стало удосконалення неінвазивної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на НАЖХП шляхом визначення порогових значень показника жорсткості печінки для розмежування раннього і пізнього фіброзу.

У дослідження було включено 24 пацієнти з НАЖХП, серед яких 10 (41,7%) чоловіків та 24 (58,3%) жінки, середній вік обстежених становив  $(47,7 \pm 5,9)$  років. Всім хворим в положенні пацієнта лежачи на спині, в умовах спокійного дихання, без компресії датчиком в В-режимі проводили сканування паренхіми печінки в міжреберному проміжку з подальшою активацією опції зсувнохвильової еластометрії та виконували виміри у різних сегментах печінки з визначенням медіани. Сонологічну еластографію печінки виконували трансабдомінально у режимі Shear Wave Elastography за допомогою конвексного трандюсера частотою 2-5 МГц на ультразвуковому сканері експертного класу Soneys P7 ("Ultrasign", Україна). Жорсткість тканини печінки оцінювали за характером кольорового картування в кПа, визначаючи медіану та інтерквартильний розмах. Однорідним результатом вимірювання вважали в тому випадку, якщо співвідношення інтерквартильного розмаху/медіана становило менше за 30%.

В результаті морфологічного дослідження частота стадій фіброзу печінки за Metavir розподілялась наступним чином: відсутній фіброз виявлено у 6 (25,0%) хворих, фіброз I та II стадій (F1-F2) встановлений у 10 (41,7%), фіброз III та IV стадій (F3-F4) – у 8 (33,3%) випадках.

Статистична обробка даних проводилася з використанням програми SPSS 16.0. Для порівняння медіан та інтерквартильного розмаху використовувалися критерій Манна-Уїтні, відмінності між показниками вважали значущими при досягнутому рівні значущості, нижчому 0,05. За допомогою ROC-аналізу обчислювались точки відсікання (cut off) для показника фіброзу F1-F2 Metavir (ранній фіброз) та фіброзу F3-F4 (пізній фіброз) з розрахунком площі під ROC-кривою (AUC), її 95% довірчим інтервалом, чутливості та специфічності.

При оцінці жорсткості паренхіми печінки за даними Shear Wave Elastography встановлено, що у хворих на етапі розвитку пізнього фіброзу печінки спостерігалось достовірне підвищення у 1,5 рази значень модуля Юнга – 10,61 кПа (8,20-11,17) в порівнянні з хворими на етапі розвитку раннього фіброзу печінки – 6,84 кПа (5,83-7,50) ( $p < 0,05$ ), а також майже в 2 рази в порівнянні з пацієнтами без фіброзу – 5,03 кПа (4,40-5,56) ( $p < 0,05$ ).

За даними ROC-аналізу значення 5,56 кПа стало пороговим, що відокремлювало відсутність фіброзу F0 від фіброзу F1, та свідчило про наявність раннього фіброзу (з чутливістю – 90,9% та специфічністю – 83,3% AUC 0,867 (95% ДІ 0,606-0,982)  $p < 0,0001$ ), а значення вище за 7,87 кПа – означало пізній фіброз (з чутливістю – 87,5%, специфічністю – 90,0% AUC 0,912 (95% ДІ 0,683-0,993)  $p < 0,0001$ ). Отримані результати дозволяють сформулювати групи ризику прогресування фіброзу для запобігання розвитку ускладнень, з наступним динамічним спостереженням пацієнтів.

Спосіб характеризується високою відтворюваністю, можливістю динамічного дослідження з метою моніторингу ефективності лікування, дозволяє не використовувати додаткові лабораторні дослідження, не має вікових й гендерних обмежень.

На даний спосіб отримано Деклараційний патент України на корисну модель №№142186, МПК А61В5/00, G01N29/00. Заявка № u2019 09127, опубл. 25.05.2020. Отже, запропонований нами спосіб, що включає проведення зсувнохвильової еластометрії та порівняльну оцінку показника жорсткості печінки з пороговими значеннями, є неінвазивним, безпечним та рекомендується для застосування в алгоритмі диференціальної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на НАЖХП.

Таким чином, впровадження способу неінвазивної оцінки стадії фіброзу дозволяє відмовитися від необхідності проведення біопсії печінки в 100% випадків, зменшує ризик розвитку ускладнень у 50% хворих на НАЖХП та підвищує якість медичної допомоги населенню України.

**8.** Переваги запропонованого способу полягають у можливості оцінити кількісний показник фіброзу печінки, зниженні кількості біопсій печінки, затрат часу та матеріальних витрат на проведення додаткових діагностичних процедур.

Застосування нововведення дозволяє неінвазивно проводити скринінгові дослідження, що зводить до мінімуму можливість ускладнень після процедури, ризик кровотечі, зменшує фізичне та психологічне навантаження на пацієнта.

**9.** Необхідне обладнання: ультразвуковий сканер експертного класу з режимом Shear Wave Elastography.

**10.** Неалкогольна жирова хвороба печінки.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

**14.** Немає.

**15.** Член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. Степанов Ю.М., к.мед.н., с.н.с. Діденко В.І.; к.мед.н., с.н.с. Ягмур В.Б.; Петішко О.П.

**Контактна особа:** Коненко І.С. +380 955054688.

## Реєстр. № 24/8/22

### **1. СПОСІБ ОЦІНКИ НУТРИТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ**

**2.** НДР «Вивчити нутритивний статус у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника та розробити методи корекції виявлених порушень», номер державної реєстрації: 0114U001006.

**3.** Гастроентерологія.

**4.** 2+; D.

**5.** Патент 112104 Україна, МПК G01N 33/48 Спосіб оцінки нутритивної недостатності у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника / Степанов Ю. М., Татарчук О. М., Сорочан О. В., Стойкевич М. В., Челкан В. А.; заявник та власник

ДУ “Інститут гастроентерології НАМНУ”. – № u201602792; заявл. 21.03.16 ; опубл. 12.12.16, Бюл. № 23.

**6.** Немає.

**7.** Суть впровадження: призначено для об’єктивної оцінки нутритивного статусу у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗК).

Пропонується для впровадження в гастроентерологічних відділень обласних, міських, районних лікарень спосіб об’єктивної оцінки нутритивного статусу у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника на підставі дослідження лептину в сироватці крові імуноферментним методом та визначення його числових діапазонів для чоловіків та жінок.

Згідно даних наукових досліджень, у хворих на ХЗК має місце порушення нутритивного статусу, яке пов’язано з дефіцитом білка, макро- та мікроелементів, енергетичних субстратів. Ці зміни обумовлені рядом причин: недостатнім надходженням поживних речовин в організм у зв’язку з необхідністю дотримуватися строгої дієти, підвищеними втратами поживних речовин, підвищенням енергозатрат у зв’язку з розвитком системного запального процесу. Крім того, підсиленню катаболічних процесів сприяє гіперпродукція моноклеарами крові протизапальних цитокінів або тривала терапія кортикостероїдами.

Діагностика недостатності харчування у пацієнтів часто обмежується антропометричними методами, за яким судять про наявність порушень стану харчування. Поряд з тим, не тільки загальна маса тіла, але й її складові характеризують стан нутритивного статусу пацієнтів. Не врахування даних параметрів призводить до того, що у значної частини пацієнтів недостатність харчування залишається не виявленою, заходи щодо її корекції не приймаються, в результаті може розвинутися виражене виснаження, наслідками якого є ускладнення перебігу основного захворювання, пролонгування фази загострення, збільшення частоти інфекційних ускладнень внаслідок вторинного імунодефіциту, а також зниження якості життя пацієнтів. У зв’язку з цим виникає необхідність в розробці ефективних методів діагностики нутритивної недостатності у пацієнтів з ХЗК, своєчасне виявлення якої дозволить підвищити ефективність терапії та покращити якість життя пацієнтів.

Значним науковим досягненням стало відкриття лептину – білкового гормону, який близький за своєю структурою до першого класу цитокінів. Його секретують жирові клітини та контролює ген, який обумовлює тучність. Рівень лептину у сироватці крові відображає сумарний енергетичний резерв жирової тканини і може вимірюватися при порушеннях енергетичного балансу. Так, рівень лептину підвищується при збільшенні маси жирової тканини, його продукція в підшкірно-жировій клітковині вище, ніж в вісцеральних жирових депо. В дослідження Ronnema відзначено, що секреція лептину чітко корелює з масою тіла. Рівень лептину відображає кількість накопиченого жиру: при переїданні він підвищується, при голодуванні – знижується.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Вивчити нутритивний статус у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника та розробити методи корекції виявлених порушень», 0114U001006, 2014 – 2016 рр.

Нами проведено дослідження, метою якого стало удосконалення діагностики порушень нутритивного статусу у хворих на ХЗЗК, що досягається за рахунок визначення лептину в сироватці крові імуноферментним методом.

Для виконання поставленої мети пацієнту натщесерце проводиться забір 5 мл крові з ліктьової вени і в сироватці крові визначається рівень лептину імуноферментним методом. За числовим інтервалам значень встановлюється наявність нутритивної недостатності: при значеннях рівня лептину у чоловіків  $\leq 2,5$  нг/мл, у жінок –  $\leq 3,7$  нг/мл визначають наявність нутритивної недостатності; при рівні лептину у чоловіків  $\geq 2,5$  нг/мл, у жінок –  $\geq 3,7$  нг/мл визначають відсутність нутритивної недостатності.

Визначення концентрації лептину в сироватці крові проводиться імуноферментним методом (тест набори фірми «DRG International, Inc.», Germany). Результати дослідження визначають в нг/мл. Імуноферментний аналіз виконується за допомогою імуноферментного аналізатору “Stat Fax 303 Plus” (США), на якому проводиться вимірювання оптичної щільності при довжині хвилі 450 нм.

Оцінка кількісних характеристик результатів дослідження базується на даних, отриманих авторами при вивченні рівня лептину у 77 хворих на ХЗЗК, які знаходилися на лікуванні у відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». На основі визначення відсотка жирової маси тіла пацієнти були розподілені на 2 групи: I – із нутритивною недостатністю (46 пацієнта), II – із нормальним нутритивним статусом (31 пацієнт).

Встановлено, що у групи пацієнтів із нормальним нутритивним статусом рівень лептину в середньому склав у чоловіків  $(7,0 \pm 1,49)$  нг/мл (інтервал більше 2,5 нг/мл), у жінок  $(11,39 \pm 1,74)$  нг/мл (інтервал більше 3,7 нг/мл).

У групи пацієнтів із нутритивною недостатністю рівень лептину в середньому склав у чоловіків  $(0,88 \pm 0,17)$  нг/мл (інтервал  $\leq 2,5$  нг/мл), у жінок  $(1,81 \pm 0,36)$  нг/мл (інтервал  $\leq 3,7$  нг/мл) (табл. 1).

Таблиця 1– Рівень лептину в залежності від нутритивного статусу, (M $\pm$ m)

Показник,

	I група (n=46)		II група (n=31)	
	n	(M $\pm$ m)	n	(M $\pm$ m)
лептин, нг/мл, чол.	28	0,88 $\pm$ 0,17	9	7,0 $\pm$ 1,49*
лептин, нг/мл, жін.	18	1,81 $\pm$ 0,36	22	11,39 $\pm$ 1,74*

Примітка: \* – p<0,05 у порівнянні з I групою.

Проведення ROC-аналізу дозволило встановити високу якість даної діагностичної моделі, так як AUC для лептину у чоловіків дорівнює 0,905 (ДІ 95% 0,762-0,976; p<0,0001), чутливість 92,86%, специфічність 77,8%. У жінок AUC для лептину дорівнює 0,91 (ДІ 95% 0,774-0,978; p<0,0001), чутливість 83,3%, специфічність 85,7%.

Таким чином, вивчення лептину сироватки крові та його числових діапазонів у чоловіків та жінок дозволяє встановити наявність нутритивної недостатності у хворих на ХЗЗК. Метод є простим у виконанні і забезпечує достовірну точність. Метод запропонований для масового використання в медичних закладах.

**8.** Перевагою запропонованого способу є значно більша об'єктивність в оцінці рівня нутритивної недостатності у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника. Відмінною ознакою є дослідження у хворих лептину у сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу та визначення нутритивного статусу за числовими діапазонами в залежності від статі. Спосіб, що заявляється є високоінформативним та безпечним для хворого.

**9.** Імуноферментний аналізатор “Stat Fax 303 Plus”.

**10.** Хронічні запальні захворювання кишечника.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., член-кор НАМН України, проф. Степанов Ю.М.; к.біол.н. Татарчук О.М.; к.мед.н. Стойкевич М. В.; к.мед.н. Недзвецька Н.В.

**Контактна особа:** Стойкевич М.В. +380 985023178.

### **Реєстр. № 25/8/22**

## **1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЇ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

**2.** НДР «Вивчити клініко-біохімічні та структурні особливості формування стеатозу та фіброзу у пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки», номер державної реєстрації: 0118U001834.

**3.** Гастроентерологія.

**4.** 2+D.

**5.** Спосіб діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С: пат. 140554 Україна: МПК6 А61В 5/00 G01N 29/00 (2020.01). u2019 05179, заявл. 16.05.2019, опубл. 10.03.2020. Бюл. №5.

**6.** Немає.

**7.** Пропонується для впровадження в гастроентерологічних, терапевтичних, поліклінічних відділеннях обласних, міських, районних лікарень спосіб неінвазивної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С на підставі кількісної оцінки жорсткості печінки та визначення стадії фіброзу шляхом співставлення медіани цього показника з пороговим його значенням.

Сьогодні хронічні дифузні захворювання печінки набувають все більшого поширення в усьому світі, у зв'язку з чим питання гальмування запальних та фібротичних процесів, профілактики розвитку ускладнень залишаються актуальними. Вірусне ушкодження печінки посідає одне з провідних місць серед патології печінки. Суттєво впливає на летальність від цирозу пізнє звернення пацієнтів до лікарів. Згідно з даними статистики, 21% пацієнтів із цирозом печінки, що є наслідком прогресування фіброзних змін, вмирають через 2 місяці після діагностування хвороби і тільки 25% можуть прожити більше року. Часто ураження печінки протікає латентно без будь-яких клінічних проявів або «маскується» під інші захворювання, але виявлення раннього фіброзу печінки в першу чергу дозволяє

проводити лікування на етапі, коли зміни є ще зворотними. Існує декілька способів діагностики фіброзу печінки у пацієнтів із хронічним гепатитом С, але вони або інвазивні з ризиком серйозних ускладнень (до летальних внаслідок кровотечі), або пов'язані з використанням серологічних показників, які є малоспецифічними. Ще одним важливим питанням гастроентерології залишається рання діагностика вираженого фіброзу, який є предиктором портальної гіпертензії та гепатоцелюлярної карциноми. Тому проблема удосконалення неінвазивної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С є актуальною.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Вивчити клініко-біохімічні та структурні особливості формування стеатозу та фіброзу у пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки», 0118U001834, 2019-2021.

Авторами проведено дослідження, метою якого стало удосконалення неінвазивної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С шляхом визначення порогових значень показника жорсткості печінки для розмежування раннього і пізнього фіброзу.

У дослідження було включено 42 пацієнта з хронічним гепатитом С, середній вік яких склав  $(46,91 \pm 1,16)$  років, чоловіків було 22 (52,4%), жінок – 20 (47,6%). Всім хворим в положенні пацієнта лежачи на спині, в умовах спокійного дихання, без компресії датчиком в В-режимі проводили сканування паренхіми печінки в міжреберному проміжку з подальшою активацією опції зсувнохвильової еластометрії та виконували виміри у різних сегментах печінки з визначенням медіани. Сонологічну еластографію печінки виконували трансабдомінально у режимі Shear Wave Elastography за допомогою конвексного трандюсера частотою 2-5 МГц на ультразвуковому сканері експертного класу Soneys P7 (“Ultrasign”, Україна). Жорсткість тканини печінки оцінювали за характером кольорового картування в кПа, визначаючи медіану та інтерквартильний розмах. Однорідним результатом вимірювання вважали в тому випадку, якщо співвідношення інтерквартильного розмаху/медіана становило менше за 30%.

В результаті морфологічного дослідження частота стадій фіброзу печінки за Metavir розподілялась наступним чином: відсутній фіброз виявлено у 7 (16,7%) хворих, фіброз I та II стадій (F1-F2) встановлений у 19 (44,2%), фіброз III та IV стадій (F3-F4) – у 16 (38,1%) випадках.

Статистична обробка даних проводилася з використанням програми SPSS 16.0. Для порівняння медіан та інтерквартильного розмаху використовувалися критерій Манна-Уїтні, відмінності між показниками вважали значущими при досягнутому рівні значущості, нижчому 0,05. За допомогою ROC-аналізу обчислювались точки відсікання (cut off) для показника фіброзу F1-F2 Metavir (ранній фіброз) та фіброзу F3-F4 (пізній фіброз) з розрахунком площі під ROC-кривою (AUC), її 95% довірчим інтервалом, чутливості та специфічності.

При оцінці жорсткості паренхіми печінки за даними Shear Wave Elastography встановлено, що у хворих на етапі розвитку пізнього фіброзу печінки спостерігалось достовірне підвищення у 1,5 рази значень модуля Юнга – 10,07 кПа (9,22-11,73) в порівнянні з хворими на етапі розвитку раннього фіброзу печінки – 7,71 кПа (6,83-8,04) ( $p < 0,05$ ), а також майже в 2 рази в порівнянні з пацієнтами без фіброзу – 5,90

кПа (5,75-6,60) ( $p < 0,05$ ).

За даними ROC-аналізу значення 6,63 кПа стало пороговим, що відокремлювало відсутність фіброзу F0 від фіброзу F1, та свідчило про наявність раннього фіброзу (з чутливістю – 94,7% та специфічністю – 85,7% AUC 0,872 (95% ДІ 0,683-0,970)  $p < 0,0001$ )), а значення вище за 8,81 кПа – означало пізній фіброз (з чутливістю – 93,7%, специфічністю – 84,2% AUC 0,885 (95% ДІ 0,732-0,968)  $p < 0,0001$ )). Отримані результати дозволяють сформуванати групи ризику прогресування фіброзу для запобігання розвитку ускладнень, з наступним динамічним спостереженням пацієнтів на специфічній терапії.

Спосіб характеризується високою відтворюваністю, можливістю динамічного дослідження з метою моніторингу ефективності лікування, дозволяє не використовувати додаткові лабораторні дослідження, не має вікових й гендерних обмежень.

Отже, запропонований нами спосіб, що включає проведення зсувнохвильової еластометрії та порівняльну оцінку показника жорсткості печінки з пороговими значеннями, є неінвазивним, безпечним та рекомендується для застосування в алгоритмі диференціальної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С.

Таким чином, впровадження способу неінвазивної оцінки стадії фіброзу дозволяє відмовитися від необхідності проведення біопсії печінки в 100% випадків, зменшує ризик розвитку ускладнень у 50% хворих на хронічний гепатит С та підвищує якість медичної допомоги населенню України.

**8.** Перевагами способу є збільшення точності діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С, неінвазивність та безпечність дослідження.

Застосування нововведення дозволяє підвищити якість медичної допомоги хворим на хронічний гепатит С, знизити до мінімуму можливість ускладнень та ризик кровотечі після біопсії печінки, зменшити кількість морфологічних досліджень печінки.

**9.** Необхідне обладнання: ультразвуковий сканер експертного класу з режимом Shear Wave Elastography.

**10.** Хронічний гепатит С .

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

**14.** Немає.

**15.** Член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. Степанов Ю.М.; к.мед.н., с.н.с. Діденко В.І.; к.мед.н., с.н.с. Ягмур В.Б.; Петішко О.П.

**Контактна особа:** Коненко І.С. +380 955054688.

## ГІГІЄНА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Реєстр. № 26/8/22

### **1. ГІГІЄНІЧНІ ВИМОГИ ТА ПЛАНУВАЛЬНІ РІШЕННЯ ЩОДО НАПОВНЮВАНOSTІ КЛАСІВ В ІСНУЮЧИХ ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ «НОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ»**

2. НДР «Удосконалення гігієнічних підходів до планування громадської та житлової забудови», номер державної реєстрації: 0120U100061.

3. Гігієна навколишнього середовища.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Удосконалення гігієнічних критеріїв щодо наповнюваності класів в існуючих закладах загальної середньої освіти України в умовах сучасної «Нової української школи».

Забезпечення оптимальних санітарно-гігієнічних умов у існуючому освітньому просторі шкіл з урахуванням вимог «Нової української школи» є важливою складовою для збереження ще не сформованого організму дитини та її безпечного перебування в школі. Відповідно до Закону України «Про повну загальну освіту» наповнюваність навчального приміщення визначена не більше 30 учнями, проте значна кількість українських шкіл мають, в основному, навчальні приміщення площею 50-54 м<sup>2</sup>, що функціонують з дефіцитом площі 10-16%.

У типовому навчальному приміщенні площею 50 м<sup>2</sup> із дотриманням вимог до відстаней та при рядному розташуванні одномісних парт, можливо розмістити лише 15 одномісних парт.

В умовах існуючого типового навчального приміщення при розташуванні одномісних парт для 30 учнів створюється замкнутість навчального простору (відсутність можливості вийти із-за шкільної парти), недотримання нормативних ергономічних показників і відсутність лівостороннього природного освітлення робочих місць учнів, вимушена робоча поза (боком) впродовж навчального дня, що спричиняє психологічну та фізіологічну напруженість та призводить до виникнення «шкільної» патології: порушень постави, зору та травматизму дітей.

8. Зазначений новий обґрунтований норматив наповнюваності класів дотримуватиме нормативний показник площі навчального приміщення на 1 учня, який є базовим у гігієнічному відношенні та визначає санітарно-епідеміологічне благополуччя навчального закладу – з однієї сторони, та у містобудівному – визначає категорію складності об'єкта за критеріями стійкості, довговічності та безпеки у пожежному відношенні – з іншої.

9. Немає.

10. При переплануванні існуючих навчальних приміщень закладів загальної середньої освіти в умовах сучасної «Нової української школи».

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

14. Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова.

15. Член-кор. НАМН України, проф., д.мед.н. Полька Н.С.; д.мед.н. Махнюк В.М.; к.б.н. Павленко Н.П.; к.б.н. Могильний С.М.; к.мед.н., Чорна В.В.

**Контактна особа:** Павленко Н.П. +38 044 2921457.

## ДИТЯЧА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

### Реєстр. № 27/8/22

#### 1. ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ У ДІТЕЙ З НЕОНАТАЛЬНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

2. НДР «Генетична діагностика різних форм цукрового діабету в дітей з обґрунтуванням патогенетичного лікування», номер державної реєстрації: 0120U000217.

3. Дитяча ендокринологія та генетика медична.

4. 1+; А.

5. Відсутні.

6. Відсутня.

7. Неонатальний цукровий діабет (НЦД) може бути транзиторним (минає зазвичай через 12 тижнів) або перманентним. Переважну більшість випадків ЦД у дітей, які захворіли у віці до 6 і навіть до 9 місяців заздалегідь можна віднести до моногенного ЦД. Основними причинами цього типу діабету є активуючі мутації в генах KCNJ11 та ABCC8, що кодують АТФ залежні субодиниці калієвих каналів ( $K_{ATP}$ ) - Kir6.2 та SUR1 відповідно. Близько 90% пацієнтів з такими мутаціями мають чутливість до лікування препаратами сульфонілсечовини (ПСС), які є більш ефективними в поліпшенні глікемічного контролю, ніж інсулінотерапія, без збільшення ризику гіпоглікемій і тому можуть бути переведені з інсуліну на ПСС. Майже 20% дітей з такими мутаціями разом із ЦД мають також затримку психомоторного розвитку і є складовою синдромів DEND (Delay, Epilepsy, Neonatal Diabetes) або iDEND (intermediate, без судом), і вчасне призначення ПСС, призводить до покращення не лише глікемічного контролю, а й психомоторного розвитку таких дітей.

Дитині з НЦД, яка захворіла у віці до 6 місяців, слід проводити генетичне дослідження на виявлення найчастіших мутацій НЦД, зокрема із використанням секвенатора наступного покоління.

У разі виявлення мутацій генів KCNJ11 та ABCC8 дитині відміняється інсулінотерапія і призначаються цукрознижувальний ПСС (глібенкламід), потреба в якому у дітей зазвичай більша (із розрахунку на кг маси тіла), ніж у дорослих з ЦД 2 типу і складає близько 0,5 мг/кг/добу глібенкламіду, хоча є повідомлення щодо використання більших доз - до 2,3 мг/кг/добу. Необхідна доза залежить здебільшого від віку, в якому пацієнт починає приймати ПСС, а також від наявності специфічної

мутації. У багатьох дітей при подальшому лікуванні може поступово зменшуватись доза глібенкламіду, при збереженні задовільного глікемічного контролю.

Для більшості інших мутацій діти з НЦД потребують лікування препаратами інсуліну.

Використання дитячими ендокринологами, педіатрами, лікарями загальної практики-сімейної медицини патогенетичного лікування препаратами сульфонілсечовини у дітей з неонатальним діабетом внаслідок мутацій в генах КАТФ каналу, розробленого в цьому нововведенні, дозволить виділити дітей, які відносяться до категорії пацієнтів з ймовірним неонатальним цукровим діабетом і провести їм генетичну діагностику для призначення патогенетичного лікування з наступним покращенням глікемічного контролю і неврологічних ускладнень.

**8.** Розуміння генетичної природи захворювання у пацієнтів з неонатальним діабетом дозволить призначати хворим лікування, адекватне діагнозу, запобігти гострим і хронічним ускладненням хвороби, поліпшити якість життя, провести медико-генетичне консультування членів родини, надати інформації щодо ризиків повторного народження дитини з подібною патологією, тощо. *Медичний ефект* – поліпшення діагностики неонатального ЦД у дітей дозволить призначати їм відповідне патогенетичне лікування (часто – без використання інсулінотерапії), що сприятиме покращенню глікемічного контролю, за наявності неврологічних порушень – ослаблення їх проявів, як наслідок, зменшення розвитку і прогресування ускладнень діабету. *Соціальний* – у разі підтвердження наявності неонатального ЦД, який не потребує лікування інсуліном, поліпшується психологічний стан дитини, її адаптація в колективі, якість життя, скорочується час перебування дитини поза домашніми умовами, дитячими колективами. *Економічний* – відсутність витрат з державного бюджету на забезпечення дитини препаратами інсуліну, поліпшення її стану здоров'я, зменшення кількості гострих та профілактика хронічних ускладнень діабету, інвалідизації дітей, скорочення необхідності та часу перебування в умовах стаціонарних відділень, зменшення витрат на лікування ускладнень діабету.

**9.** *Кадрові ресурси:* лікар ендокринолог, генетик, генетик технолог, лаборант, біоінформатик. *Інструментальне обладнання:* дітям з вперше виявленим ЦД – аналізатор для визначення антитіл: GAD, IA2, ZnT8 інших, а також оснащення для проведення tNGS (таргетного секвенування наступного покоління) панелі моногенного діабету.

**10.** Наявність ЦД в дитини від народження до 9 місяців.

**11.** Немає.

**12.** Однією з проблем tNGS є обмежений перелік генів-кандидатів у панелі, а також інтерпретація та звітність генетичних варіантів, у тому числі невизначених варіантів (variant of uncertain significance, VUS).

**13.** Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, 01021 м. Київ, Кловський узвіз, 13а

**14.** Лабораторія University of Exeter College of Medicine and Health, Exeter (United Kingdom)

**15.** Д.мед.н., проф. Зелінська Н. Б.; к.мед.н., с.н.с. Глоба Є. В.; Грищенко К. В.

**Контактна особа:** Зелінська Н. Б. + 380 503552365.

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

### Реєстр. № 28/8/22

- 1. СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЛАЗЕРНОЇ ЕПІЛЯЦІЇ**
2. НДР «Оптимізація порушень адаптаційних механізмів при гострих і хронічних дерматозах», номер державної реєстрації: 0119U002905.
3. Дерматологія та венерологія.
4. 2++В.
5. Патент на винахід № 124903. МПК А61К 9/08 (2006.01), А61К 31/00, А61Р 17/00. Спосіб попередження ускладнень після лазерної епіляції / Дащук А.М.; Добржанська Є.І.; Кравченко В.Г.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – а202000698; заявл. 05.02.2020; опубл. 09.12.2021. Бюл. № 49.
6. Немає.
7. Спосіб попередження ускладнень після лазерної епіляції полягає у призначенні місцевої терапії з використанням розчину цидиполу шляхом протирання ділянок тіла (пахвові западини, обличчя, пахова область), які були оброблені лазером, одразу після процедури.
8. *Медична ефективність* – попередження розвитку ускладнень після лазерної епіляції, а саме виникненням ранніх побічних ефектів (ерітема, перифолікулярний набряк та біль в області епіляції) та віддаленої побічної дії (опік шкіри, алергічна реакція, фолікуліт, загострення герпесу), зменшення ризику виникнення ускладнень процедури в подальшому, попередження ускладнень, доступність і безпечність. *Соціальна ефективність* – покращення соціального функціонування та якості життя людини. *Економічна ефективність* – скорочення витрат на лікування ускладнень після проведення лазерної епіляції.
9. Розчину цидиполу.
10. Ерітема, перифолікулярний набряк та біль в області епіляції.
11. Підвищена чутливість до препарату.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Проф., д.мед.н. Дащук А. М.; доц., к.мед.н. Добржанська Є. І.  
**Контактна особа:** Добржанська Є. І. +380 504025154.

### Реєстр. № 29/8/22

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗУ**
2. НДР «Оптимізація показань та комплексної терапії хворих на хронічні рецидивуючі дерматози, ППСШ, з урахуванням клінічних особливостей, стану регулюючих систем гомеостазу, супутньої патології, прогнозувань, лікування та профілактика рецидивів», номер державної реєстрації: 0118U004256.
3. Дерматовенерологія.

4. 2+С.

5. Патент на корисну модель: № 142103; 12.05.2020, Бюл. № 9; МПК А61К 31/00 (2020.01); «Спосіб лікування себорейного кератозу» // Власники: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, UA, Макуріна Г.І, вул. Незалежної України, 53, кв. 38, м. Запоріжжя, 69035,UA, Чернеда Л.О., вул. Бочарова 24, кв.100, м. Вільнянськ, 70002, UA.

6. Немає.

7. Спосіб лікування себорейного кератозу, що включає застосування топічного ретиноїду, який відрізняється тим, що як ретиноїд застосовують гель адапалену двічі на добу протягом 2 тижнів, додатково призначають 5 % саліцилову мазь двічі на тиждень, 1 раз увечері (замість гелю адапалену), по завершенні вищезазначеної терапії, призначають 30 % розчин перекису водню 1 раз на добу протягом 5 днів з експозицією нанесення окисника в 1 хвилину.

8. Підвищення ефективності топічного лікування себорейного кератозу, прискорення одужання хворих, зниження кількості ускладнень та рецидивів.

9. 30% розчин перекису водню, гель адапалену, 5 % саліцилова мазь.

10. Топічне неінвазивне лікування себорейного кератозу.

11. Немає.

12. Немає.

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО.

14. Немає.

15. Д.мед.н., проф. Макуріна Г.І.; Чернеда Л.О.

**Контактна особа:** Чернеда Л.О.; +380 991543188.

### **Реєстр. № 30/8/22**

#### **1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РОЗАЦЕА**

2. НДР «Оптимізація показань та комплексної терапії хворих на хронічні рецидивуючі дерматози, ППСШ, з урахуванням клінічних особливостей, стану регулюючих систем гомеостазу, супутньої патології, прогнозувань, лікування та профілактика рецидивів», номер державної реєстрації: 0118U004256.

3. Дерматовенерологія.

4. 2+С.

5. Патент на корисну модель: № 142102; 12.05.2020, Бюл. № 9; МПК А61К 31/00 (2020.01); «Спосіб лікування розацеа» // Власники: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, UA, Макуріна Г.І. вул. Незалежної України, 53, кв. 38, м.Запоріжжя, 69035, UA, Шестакова Я.А. вул. Чумаченка, 37, кв.198, м.Запоріжжя, 69076, UA.

6. Немає.

7. Пацієнтам з розацеа призначають нову схему терапії: доксицилін (препарат вибору) 100 мг на добу перорально протягом 14- 21 днів, підтримуюча доза 50 мг на добу протягом 12 тижнів; метронідазол таблетки 500-750 мг на добу перорально

протягом 4- 6 тижнів ( можливо до 8 тижнів); ксантинола нікотинат 150 мг 2 рази на день протягом 4 тижнів; аевіт по 1 капсулі 1 раз на добу протягом 30 днів; Адаптол 300 мг 1 раз на добу протягом 30 днів; препарати з групи статини - Розувастатин 10 мг 1 раз на добу; Антраль 1 таблетка 3 рази на добу. Місцева терапія: метронідазол, гель 0, 75 % або крем 1% використовують на попередньо очищену шкіру тонким шаром 2 рази на день (вранці та ввечері) протягом 3-9 тижнів. Середня тривалість лікування 3-4 місяці; сонцезахистний крем від почервоніння Uriage Roseliane Anti-redness cream SPF 30 2 рази на день.

**8.** В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування розацеа шляхом введення до схеми статинів, що забезпечить підвищення ефективності лікування і зменшить кількість рецидивів.

**9.** Лікарські засоби-статини.

**10.** Лікування хворих на папуло-пустульозну форму розацеа.

**11.** Протипоказання для призначення статинів.

**12.** Немає.

**13.** Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра дерматовенерології, тел. (0612) 13-16-66.

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н. Макуріна Г.І.; Шестакова Я.А.

**Контактна особа:** Шестакова Я.А. +380 684554856.

## **ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ**

**Реєстр. № 31/8/22**

### **1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЗЛУКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ У ДІТЕЙ**

**2.** НДР «Удосконалення профілактики, діагностики і лікування ускладнень хірургічних втручань при вродженій та набутій абдомінальній і колоректальній патології у дітей», номер державної реєстрації: 0121U110172.

**3.** Дитяча хірургія.

**4.** 2++.

**5.** Патент №142838 Україна, Спосіб прогнозування ризику післяопераційної злукової кишкової непрохідності у дітей / Фофанов О. Д., Дідух І.М., Матіяш О.Я., Фофанов В. О.; заявл. 17.02.2020; опубл. 25.06.2020, Бюл. № 12.

**6.** Немає.

**7.** Запропонований спосіб прогнозування ризику післяопераційної злукової кишкової непрохідності (ЗКН) у дітей на основі виявлення типу ацетилювання. Тип ацетилювання у дітей встановлювали за допомогою визначення біохімічної активності ферменту N-ацетилтрансферази, продукція якої контролюється геном NAT2. Принцип методу полягає в реакції ацетилювання субстрату (сульфадимезину) поліморфною N-ацетилтрансферазою. що має дві молекулярні формули: повільну та швидко. Якщо у дитини визначена активність ацетилювання нижче 50%,

констатують повільний тип ацетилювання. У випадку розвитку ЗКН проводили хірургічне втручання із обов'язковим використанням антиадгезивних бар'єрних засобів. У дітей з повільним типом ацетилювання термін відновлення перистальтики та шлункового стазу був тривалішим.

**8.** Найбільш близьким до способу, що пропонується, є метод прогнозування злукової хвороби очеревини, який полягає у виділенні з проби крові дезоксирибонуклеїнової кислоти і проведення генотипування поліморфізму гена ITGA 2 методом полімеразної ланцюгової реакції. Недоліком вказаного способу є висока вартість, значна тривалість дослідження і обмежена доступність його виконання. Запропонований нами прогноз ризику післяопераційної ЗКН є достатньо інформативним, безпечним для дитини, не потребує надмірних матеріальних затрат, може бути виконаний у будь-якій біохімічній лабораторії за наявності необхідних реактивів.

**9.** Реактиви для визначення активності N-ацетилтрансфери антиадгезивний бар'єрний гель на основі карбоксиметилцелюлози,.

**10.** Післяопераційна злукова кишкова непрохідність у дітей.

**11.** Немає

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет,

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф. Фофанов О.Д.; Дідух І.М.; к.мед.н., доц. Матіяш О.Я.; Фофанов В.О.

**Контактна особа:** Фофанов О. Д. +380 681040592.

## **Реєстр. № 32/8/22**

### **1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АНАЛЬНОЇ ІНКОНТИНЕНЦІЇ У ДІТЕЙ**

**2.** НДР «Удосконалення профілактики, діагностики і лікування ускладнень хірургічних втручань при вродженій та набутій абдомінальній і колоректальній патології у дітей», номер державної реєстрації: 0121U110172.

**3.** Дитяча хірургія.

**4.** 2++

**5.** Патент 135094 Україна, Спосіб лікування анальної інконтиненції у дітей / Фофанов О. Д., Фофанов В. О. Заявл. 30.01.2019; опубл. 10.06.2019, Бюл. № 11.

**6.** Інформація для внесення у технологічну пропозицію Української інтегрованої системи трансферу технологій (за наявності).-

**7.** Запропонований спосіб лікування механічного типу анальної інконтиненції (АІ) у дітей шляхом наданального підслизового введення внутрішньотканинного імпланту вітчизняного виробництва. В асептичних умовах, під слизову оболонку анального каналу вводили об'ємоутворюючий гідрогель на основі поліакриламідних сполук (Нубіплант, Україна) шляхом ін'єкцій на глибину близько 5 мм в трьох точках (на 2, 6, 10 умовних годин). Кількість використаного гідрогелю складає від 3,0 до 7,0 мл. залежно від віку дитини та ступеня недостатності анальних сфінктерів. Безпосередньо після операції підслизового введення об'ємоутворюючих імплантів в

усіх пацієнтів явища каломазання зменшились, а у двох хворих зникли. Повного нетримання калу не спостерігалось.

**8.** Найбільш близьким за технічною суттю до способу, що заявляється, є операція гелевої пластики анального каналу у дітей препаратом «ДАМ+» (РФ) шляхом введення його в чотирьох точках (на 3, 6, 9, 12 годин). Недоліком даного методу є те, що ін'єкція гелю в точці на 12 умовних годин супроводжується ризиком звуження уретри. Кількість імпланту (до 50 мл) є занадто великою для дітей і може викликати звуження заднього проходу, а також - вимагає значних фінансових витрат. Запропонований спосіб лікування АІ у дітей є малоінвазивним, ефективним, значно покращує якість життя дітей і не потребує значних фінансових затрат.

**9.** Стандартний набір хірургічних інструментів, розширювачі Hegar, об'ємоутворюючий гідрогель на основі поліакриламідних сполук (Нубіплант), препарати для анестезії та інфузійної терапії, кадрового супроводу хірурга і анестезіолога.

**10.** Анальна інконтиненція у дітей.

**11.** Немає.

**12.** Ускладнень, пов'язаних із введенням внутрішньотканинних імплантів не було.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет,

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф. Фофанов О. Д.; Фофанов В.О.

**Контактна особа:** Фофанов О. Д. +380 681040592.

## **ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ**

**Реєстр. № 33/8/22**

### **1. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЛАЙМ-АРТРИТУ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ ТА СЕПТИЧНИМ АРТРИТОМ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

**2.** НДР «Етіологічні аспекти, клінічно-лабораторні особливості та прогноз перебігу хвороби Лайма у дітей», номер державної реєстрації: 0119U002101.

**3.** Дитяча інфекція.

**4.** 2+; С.

**5.** Інформаційний лист. Львів; 2021. «Дитяча інфекція»

**6.** Впроваджено в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) інфекційного, педіатричного профілю.

**7.** Відбувається тенденція збільшення кількості випадків Лайм-бореліозу в дітей Європи та України зокрема. Причиною першого звернення дітей за допомогою є рання або пізня дисеміновані стадії хвороби Лайма, включаючи Лайм-артрит. Тому авторами проведено верифікацію клінічних ознак різних за етіологією артритів симптоми яких найбільш схожі до Лайм-артриту, а саме септичного та ювенільного ідіопатичного артрити, що і здійснено в даному дослідженні для вчасної постановки

діагнозу.

**8.** Переваги даного методу полягають у можливості якісно провести диференційну діагностику і призначити адекватну медикаментозну терапію, що зменшить в подальшому ризик розвитку суглобових і системних ускладнень дітей.

**9.** Опитувальники.

**10.** Пацієнти з хворобою Лайма

**11.** Відсутні.

**12.** Не передбачається.

**13.** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032)2553129.

**14.** Відсутні.

**15.** Баса Н.Р.; доц. Литвин Г.О.

**Контактна особа:** Литвин Г.О. +380 322368481.

## **ЕНДОКРИНОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 34/8/22**

### **1. СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ У ПОЄДНАННІ З ГІПОТИРЕОЗОМ**

**2.** НДР «Оптимізація профілактики, діагностики і лікування цукрового діабету на тлі коморбідної патології із врахуванням впливу дефіциту йоду та вітаміну D», номер державної реєстрації: 0120U000218.

**3.** Ендокринологія, нефрологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Патент України на корисну модель № 100230, номер заявки u 201502157, чинний з 11.07.2015, опубл.10.07.2015. Бюл. №13.

**6.** Немає.

**7.** На даний час цукровий діабет (ЦД) розглядається як епідемія, оскільки очікується, що до 2040 року кількість хворих на ЦД зросте до 642 мільйонів. Хронічна хвороба нирок (ХХН) – одна з найчастіших причин ранньої смертності та інвалідності пацієнтів. ХХН небезпечна тим, що може призвести до кінцевої (термінальної) стадії ниркової недостатності. Встановлено, що виникнення початкових стадій ХХН характеризується зростанням частки хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) і дисліпідемією. Перехід до третьої стадії ХХН асоціюється з подальшим збільшенням відносної частоти дисліпідемії в порівнянні з першою стадією. Розвиток третьої ХХН відбувається на тлі підвищення відносної частоти АГ у порівнянні з першою стадією на тлі ожиріння, дисліпідемії та гіпертригліцеридемії. Тому розробка математичної моделі оцінки кластерів метаболічного синдрому (МС) у розвитку та прогресуванні ХХН у хворих на ЦД 2-го типу у поєднанні з гіпотиреозом є актуальним завданням охорони здоров'я.

В основу способу поставлено задачу вдосконалення методів оцінки ризику прогресування ХХН у хворих на ЦД 2-го типу у поєднанні з гіпотиреозом за рахунок використання математичного алгоритму, який дозволить за мінімальним набором морфометричних та лабораторних ознак кластерів МС із урахуванням тривалості ЦД і гіпотиреозу від моменту встановлення діагнозу встановити можливість прогресування ХХН або відсутність такої загрози. Поставлена задача вирішується тим, що проводять оцінку клінічних ознак ЦД, гіпотиреозу та ХХН за даними об'єктивного, інструментального і лабораторного обстеження та із урахуванням тривалості ЦД і гіпотиреозу підраховують т.з. функції класифікації (ФК) та визначають можливість прогресування або стабілізації ХХН. На основі дискримінаційного аналізу була створена математична модель визначення можливості ризику прогресування ХХН. Прийняття прогностичного рішення відбувається в декілька етапів.

На першому етапі у хворих на ЦД 2-го типу у поєднанні з гіпотиреозом проводять вимірювання артеріального тиску (САТ, ДАТ), дослідження в крові рівня тригліцеридів (ТГ), глікемії натще (ГлН), постпрандіальної глікемії (ГлПП), холестерину ЛПНЩ, холестерину ЛПВЩ, визначають тривалість ЦД (ТривЦД2), а також проводять визначення вмісту креатиніну. Хворому за чинними міжнародними рекомендаціями встановлюється діагноз ХХН.

На другому етапі за даними клінічного та лабораторного обстеження підраховуються так звані функції класифікації (ФК) ФК1 і ФК2 за наведеними нижче формулами:

$$\text{ФК1} = 0,17 \cdot \text{САТ} + 0,48 \cdot \text{ДАТ} + 0,52 \cdot \text{ГлН} + 0,26 \cdot \text{ГлПП} + 2,71 \cdot \text{ТГ} + 0,66 \cdot \text{ХС-ЛПНЩ} + 27,02 \cdot \text{ХС-ЛПВЩ} - 0,17 \cdot \text{ТривЦД2} - 59,28 \quad (1)$$

$$\text{ФК2} = 0,16 \cdot \text{САТ} + 0,46 \cdot \text{ДАТ} + 0,60 \cdot \text{ГлН} + 0,16 \cdot \text{ГлПП} + 2,56 \cdot \text{ТГ} + 1,73 \cdot \text{ХС-ЛПНЩ} + 28,68 \cdot \text{ХС-ЛПВЩ} - 0,28 \cdot \text{ТривЦД2} - 62,17 \quad (2)$$

На третьому етапі порівнюють ФК1 і ФК2 і визначають яка з них більше. Прогностичне рішення приймається як вибір тієї ФК, яка має більше значення. Так, якщо ФК1 більше ФК2, то прогноз – можлива стабілізація патологічного процесу на I або II стадіях ХХН. Якщо ФК2 більше ФК1, то прогноз – ймовірність прогресування патологічного процесу до III або IV стадій ХХН.

**8.** Впровадження дозволяє визначити можливість прогресування або стабілізації патологічного процесу на кожній стадії ХХН у хворих на ЦД 2-го типу в поєднанні з гіпотиреозом залежно від артеріального тиску, рівня тригліцеридів, глікемії натще, постпрандіальної глікемії, холестерину ЛПНЩ, холестерину ЛПВЩ, тривалості ЦД і гіпотиреозу.

**9.** Лікар-лаборант. Біохімічний аналізатор “SAPPHIRE - 400” (Японія), автоматичний біохімічний аналізатор «Olympus AU400» (Beckman Coulter), реагенти OLYMPUS AU 400 (США), реактиви «BIO-RAD» (Франція / США), аналізатор «BIO-RAD D-10».

**10.** Хронічна хвороба нирок.

**11.** Термінальна стадія ниркової недостатності, цукровий діабет 1-го типу.

**12.** Дослідження проводиться, якщо індекс маси тіла хворого дорівнює або перевищує 30 кг/м<sup>2</sup>.

13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Кловський узвіз, 13а, м. Київ, 01021, UA.

14. Немає.

15. Проф., д.мед.н. Паньків В. І.; проф., д.мед.н. Юзвенко Т. Ю.; проф., д.мед.н. Ткач С. М.; к.мед.н. Марченко О. В.

**Контактна особа:** Паньків В. І. +38 044 2545462, +38 044 2536628.

### Реєстр. № 35/8/22

## 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МАТЕМАТИЧНОЇ МОДЕЛІ ОЦІНКИ КЛАСТЕРІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

2. НДР «Роль гормонально-метаболических предикторів у формуванні та розвитку діабетичної ретинопатії», номер державної реєстрації: 0119U001420.

3. Ендокринологія, офтальмологія.

4. 2+;С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб полягає у вимірюванні на першому етапі САД (систолический артеріальний тиск), ДАД (діастолічний артеріальний тиск), показників холестерину ліпопротеїдів низької щільності, холестерину ліпопротеїдів високої щільності, тригліцеридів, глюкози сироватки натще та через 2 години після їжі та визначення тривалості цукрового діабету від постановки діагнозу; на другому етапі за даними визначення морфометричних та лабораторних показників розраховуються функціональні класи (ФК) – ФК 1 та ФК 2 за наступними формулами :

$$\text{ФК1} = 0,17 \cdot \text{САД} + 0,48 \cdot \text{ДАД} + 0,52 \cdot \text{Гл0} + 0,26 \cdot \text{ГлПП} + 2,71 \cdot \text{ТГ} + 0,66 \cdot \text{ХЛПНЩ} + 27,02 \cdot \text{ХСЛПВЩ} - 0,17 \cdot \text{Длит.ЦД2} - 59,28 \quad (1);$$

$$\text{ФК2} = 0,16 \cdot \text{САД} + 0,46 \cdot \text{ДАД} + 0,60 \cdot \text{Гл0} + 0,16 \cdot \text{ГлПП} + 2,56 \cdot \text{ТГ} + 1,73 \cdot \text{ХЛПНЩ} + 28,68 \cdot \text{ХСЛПВЩ} - 0,28 \cdot \text{Длит.ЦД2} - 62,17 \quad (2);$$

Прогностичне рішення приймається як вибір ФК, що має більше значення. Якщо  $\text{ФК1} > \text{ФК2}$ , то прогноз – стабілізація патологічного процесу за умов малого стажу ЦД2, адекватного контролю АТ, глікемічного контролю, ліпідного спектру. За умов  $\text{ФК1} < \text{ФК2}$ , прогностично вірогідне прогресування патологічного процесу за рахунок великого стажу ЦД2, є потреба у корекції антигіпертензивної, цукрознижувальної, статинотерапії. Модель має інформативність 82,4% за умов статистичної значимості  $p=0,03$ . Розроблена модель оцінки кластерів метаболічного синдрому у розвитку та прогресуванні діабетичної ретинопатії у хворих з ЦД2 типу має інформативність 82,4% за умов статистичної значимості  $p=0,03$ .

8. Застосування способу дозволяє прогнозувати прогресування діабетичної ретинопатії з використанням морфометричних та лабораторних показників, що є загально прийнятими клінічними дослідженнями. *Медична ефективність* – прогноз прогресування діабетичної ретинопатії у хворих на цукровий діабет 2 типу; *соціальна*

*ефективність* – у разі своєчасної діагностики поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; *економічна ефективність* – зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування тяжких форм діабетичної ретинопатії.

9. Аналізатор «IEMS Reader MF» (Labsystems, Фінляндія), лікар-лаборант.

10. Цукровий діабет 2-го типу.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії трансплантації ендокринних органів та тканин, МОЗ України. Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021.

14. Немає.

15. Д.мед.н., проф. Товкай О.А.; д.мед.н. Іщук В.В.; к.мед.н. Третяк О.Е.

**Контактна особа:** Третяк О.Е +38 044 2536626.

## **ЗАГАЛЬНА ГІГІЄНА**

**Реєстр. № 36/8/22**

### **1. СПОСІБ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ФТОРИДІВ У ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ РОСЛИННОГО ТА ТВАРИННОГО ПОХОДЖЕННЯ**

2. НДР «Роль транскрипційних факторів, системи циркадіадного осцилятора та метаболічних розладів в утворенні та функціонуванні патологічних систем», номер державної реєстрації: 0119 U103898.

3. Патофізіологія, Гігієна.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 148815 UA, МПК G01N 21/31. Спосіб спектрофотометричного визначення концентрації фторидів у продуктах харчування рослинного та тваринного походження / Акімов О.Є., Міщенко А.В., Соловійова Н.В., Денисенко С.В., Костенко В.О., Катрушов О.В.; заявник і патентовласник ПДМУ - № u 2021 01007; Заявл. 1.03.2021; Опубл. 22.09.2021. Бюл. №38.

6. Акімов О.Є. Роль транскрипційних факторів  $\kappa\text{B}$  і  $\text{AP-1}$  у змінах продукції та утилізації оксиду азоту у серці щурів за умов хронічної фторидної інтоксикації / О.Є. Акімов, З.І. Карпик, К.І. Олійник, А.В. Міщенко, Г.В. Костенко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2021. – Т.21, №3. – С. 185-189.

7. Метод базується на гомогенізації із трис-буферним розчином твердих речовин рослинного та тваринного походження та застосуванні розчину трихлороцтової кислоти для очищення від білкового забруднення, використання специфічної реакції для визначення іонів фтору, яка є нечутливою до присутності небілкових органічних забруднювачів (жирів, вуглеводів).

Для аналізу береться аліквота 0,2 мл 10% гомогенату твердих речовин рослинного та тваринного походження. Гомогенізація твердих речовин рослинного та тваринного походження проводиться із використанням 0,2 М трис-буферного розчину ( $\text{pH}=7,4$ ). Для визначення концентрації фторидів застосовується 6 мкМ розчин бісманносильований-*m*-дитиокарбамато-ксилолу у 0,2 М трис-буферному розчині

(рН=7,4).

8. Використання даного методу дозволяє оцінювати безпечність та якість харчових продуктів рослинного та тваринного походження за рахунок визначення концентрації іонів фтору у досліджуваних зразках. Метод дозволяє контролювати вміст фторидів у сироватці крові при використанні препаратів фтору для ендогенної профілактики карієсу, що запобігає розвитку небажаних ефектів та передозуванню.

9. Бісманносильований-*m*-дитиокарбамато-ксилол, Трис-амінооксипентан, дистильована вода, трихлороцтова кислота, спектрофотометр або фотокалориметр здатний вимірювати абсорбцію на довжині хвилі 353 нм, центрифужні пробірки місткістю 10 мл, дозатори піпеткові (0,1, 0,2, 0,5 та 1,0 мл).

10. Контроль за концентрацією фтору в організмі при використанні препаратів фтору для ендогенної профілактики карієсу. Оцінка якості харчових продуктів рослинного та тваринного походження, особливо у регіонах де наявна збільшена концентрація фторидів у ґрунтах та питній воді.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. PhD Акімов О.Є., д.мед.н. Костенко В.О., д.мед.н. Катрушов О.В., к.мед.н. Соловійова Н.В., к.мед.н. Міщенко А.В., к.мед.н. Гришко Ю.М., к.мед.н. Денисенко С.В.

**Контактна особа:** Денисенко С.В. +380 996042313.

### **Реєстр. № 37/8/22**

## **1. ВИЗНАЧЕННЯ КАНЦЕРОГЕННОГО РИЗИКУ ВІД ДІЇ ХЛОРОФОРМУ ПИТНОЇ ВОДИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ СПРОЩЕНИХ МАТЕМАТИЧНИХ ФОРМУЛ**

2. НДР «Комплексна оцінка негативного впливу довготривалого споживання питної води, забрудненої хлорорганічними сполуками на фоні інших потенційних екотоксикантів, на теплокровний організм та неінфекційну захворюваність населення», номер державної реєстрації: 0119U101005.

3. Гігієна навколишнього середовища.

4. 2+; В.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спрощені формули розрахунку канцерогенного ризику здоров'ю від дії хлороформу питної води при трьох шляхах (пероральний, інгаляційний, наскірний) надходження до організму людини, що дозволить швидко оцінити індивідуальний та популяційний канцерогенні ризики, які можуть бути використані для обґрунтування пропозицій з покращення стану питного водопостачання в кожному конкретному регіоні (населеному пункті).

8. Розрахунки канцерогенного ризику з використанням базових та спрощених формул показали практично повну збіжність результатів для кожного шляху

надходження хлороформу до організму людини, виходячи із його вмісту у питній воді. Це дозволить ширше використовувати дані характеристики канцерогенних ризиків для порівняльної оцінки впливу хлорорганічної сполуки питної води на різних територіях, в різні періоди часу, до та після проведених профілактичних заходів.

9. Немає.

10. При оцінці канцерогенного ризику здоров'ю від дії хлороформу питної води при трьох шляхах (пероральний, інгаляційний, наскірний) надходження до організму людини.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

14. Немає.

15. К.мед.н. Липовецька О.Б.; д.мед.н., проф. Прокопов В.О.; д.б.н., проф. Антомонов М.Ю.

**Контактна особа:** Антомонов М.Ю +38 044 5130623.

### **Реєстр. № 38/8/22**

#### **1. ХЛОРОВАНА ПИТНА ВОДА ТА ОНКООПДЕМІОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВІД ЇЇ СПОЖИВАННЯ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ**

2. НДР «Комплексна оцінка негативного впливу довготривалого споживання питної води, забрудненої хлорорганічними сполуками на фоні інших потенційних екотоксикантів, на теплокровний організм та неінфекційну захворюваність населення», номер державної реєстрації: 0119U101005.

3. Гігієна навколишнього середовища.

4. 2+; В.

5. Немає.

6. Немає.

7. Попередження формування онкологічної патології у населення, що вживає хлоровану питну воду з понаднормативним вмістом хлороформу та пропозиції щодо основних напрямів профілактичних заходів.

8. Надійним шляхом попередження утворення у питній воді небезпечних побічних продуктів хлорування, передусім хлороформу, який здатний впливати на розвиток окремих форм раку, має стати поступова відмова від використання агресивного хлор-газу та перехід на м'які хлорагенти (хлорування з преамонізацією), які сьогодні вже використовуються на водопроводах міст Черкаси, Київ, Вінниця, або, ще краще, впроваджувати діоксид хлору (Дніпровський водопровід м. Києва та деякі інші міста), при якому ХОС практично не утворюються.

9. Немає.

10. Немає.

11. Немає.

12. Не передбачається.

**13.** Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н. Липовецька О.Б.; д.мед.н., проф. Прокопов В.О.; к.б.н. Куліш Т.В.

**Контактна особа:** Прокопов В.О. +38 044 2921449

## **КОМУНАЛЬНА ГІГІЄНА**

### **Реєстр. № 39/8/22**

#### **1. ДО ПРОБЛЕМИ ГАРМОНІЗАЦІЇ НОРМАТИВНОЇ БАЗИ ХІМІЧНИХ КАНЦЕРОГЕНІВ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ**

**2.** НДР «Розроблення системи гігієнічних нормативів канцерогенонебезпечних чинників атмосферного повітря та повітря робочої зони на основі прийнятного ризику та гармонізація їх до вимог ЄС», номер державної реєстрації: 0120U105428.

**3.** Гігієна навколишнього середовища.

**4.** 3

**5.** Немає.

**6.** Немає.

**7.** Методичні підходи до встановлення граничних концентрацій хімічних канцерогенів атмосферного повітря, що забезпечують відсутність недопустимого ризику для життя та здоров'я населення.

Новизна наведених матеріалів полягає в обґрунтуванні необхідності гармонізації вітчизняної нормативної бази хімічних канцерогенів атмосферного повітря з рекомендаціями ВООЗ і нормативними величинами, прийнятими в країнах ЄС, і шляхах реалізації цієї задачі.

Однією із головних задач управління якістю атмосферного повітря є сьогодні визначення безпечності існуючого рівня його хімічного забруднення для здоров'я населення, особливо канцерогенними сполуками, своєчасне установлення та передбачення медичних проблем, зумовлених екологічними чинниками, адже однією із необхідних умов збереження здоров'я і благополуччя людини є відсутність несприятливого впливу її оточення.

Ці нормативи встановлюються відповідно до принципів гігієнічного нормування на основі відповідних нормативно - методичних документів і позиціонуються як концентрації сполук у повітрі населених місць, що не чинять прямого або непрямого шкідливого впливу на людину за цілодобового вдихання.

**8.** Використання рекомендацій даного нововведення сприятиме скороченню часу для обґрунтування гігієнічних нормативів канцерогенних сполук та зменшенню економічних затрат для проведення таких робіт.

**9.** Немає.

**10.** Видання даного документа необхідно для підвищення якості нормативної бази України щодо гігієнічних нормативів канцерогенних речовин повітряного середовища.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

14. Немає.

15. Д.мед. н., проф. Черниченко І.О.; д.б.н. Литвиченко О.М.; д.мед.н. Бабій В.Ф.; к.мед.н. Баленко Н.В.; к.б.н. Кондратенко О.Є.; Главачек Д.О.

**Контактна особа:** Литвиченко О.М. +38 044 2921394.

## ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

### Реєстр. № 40/8/22

#### 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ТА НАСЛІДКУ ГОСТРОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО МЕНІНГІТУ

2. НДР «Удосконалення діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі на тлі ВІЛ-інфекції», номер державної реєстрації: 0119U002901.

3. Інфекційні хвороби.

4. 2++В.

5. Пат. на корисну модель 146058 Україна, МПК G01N 33/50, G01N 33/74. Спосіб прогнозування перебігу та наслідку гострого бактеріального менінгіту. / Юрко К.В., Зоц Я.В., Соломенник Г.О., Сохань А.В, Меркулова Н.Ф.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – № и 2020 04087; Заявл. 06.07.2020; Опубл. 20.01.2021, Бюл. № 3.

6. Спосіб прогнозування перебігу та наслідку гострого бактеріального менінгіту шляхом визначення активності лактатдегідрогенази в цереброспінальній рідині.

7. Розроблено спосіб прогнозування перебігу та наслідку гострого бактеріального менінгіту, який передбачає біохімічне дослідження цереброспінальної рідини з наступним прогнозуванням перебігу та наслідку гострого бактеріального менінгіту шляхом визначення в цереброспінальній рідині лактатдегідрогенази. Якщо активність лактатдегідрогенази в цереброспінальній рідині є нижче за 24,2 Од/л, прогнозують у край тяжкий перебіг хвороби з несприятливим (летальним) наслідком.

8. *Медична ефективність* – спосіб дає змогу підвищити точність прогнозування перебігу та наслідку гострого бактеріального менінгіту та таким чином визначити тактику ведення пацієнта, запобігти формуванню тяжких ускладнень; *соціальна ефективність* – спосіб дозволяє визначати прогноз для пацієнта, зменшити смертність і інвалідність від бактеріальних менінгітів, відновити якість життя реконвалесцентів; *економічна ефективність* – спосіб дає змогу своєчасно оптимізувати терапію, що сприяє скороченню терміну перебування пацієнтів у стаціонарі, відновленню їхньої працездатності.

9. Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, епендорфи, напівавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, водяний термостат (автоматична водяна баня), фотометричне обладнання (біохімічний аналізатор), набір реактивів

для визначення в цереброспінальній рідині активності лактатдегідрогенази кінетично-фотометричним методом або іншими відомими способами.

**10.** Застосування у хворих на гострі бактеріальні менінгіти.

**11.** Наявність у пацієнта вираженого набряку-набухання головного мозку, об'ємного утворення головного мозку, судом, значної гіпотонії, оклюзійної гідроцефалії, пролежнів або гнійного ураження у ділянці попереку.

**12.** Ускладнення відсутні.

**13.** Харківський національний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Проф., д.мед.н. Юрко К. В.; к.мед.н. Зоц Я. В.; доц., к.мед.н. Соломенник Г. О.; доц., д.мед.н. Сохань А. В.; к.мед.н. Гаврилов А.В.

**Контактна особа:** Соломенник Г. О. +380 502037972.

### Реєстр. № 41/8/22

#### **1. СПОСІБ ОЦІНКИ АКТИВНОСТІ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С**

**2.** НДР «Удосконалення діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі на тлі ВІЛ-інфекції», номер державної реєстрації: 0119U002901.

**3.** Інфекційні хвороби.

**4.** 2++; В.

**5.** Пат. на корисну модель 146059 Україна, МПК G01N 33/48. Спосіб оцінки активності хронічного гепатиту С. / Юрко К.В., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Могиленець О.І., Винокурова О.М.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – № у 2020 04088; Заявл. 06.07.2020; Опубл. 20.01.2021, Бюл. № 3.

**6.** Спосіб оцінки активності хронічного гепатиту С шляхом розрахунку прогностичного показника активності на підставі визначення біохімічних показників (загальний холестерин, ліпопротеїни високої щільності) у сироватці крові.

**7.** Розроблено спосіб оцінки активності хронічного гепатиту С, який передбачає біохімічне дослідження крові з наступною оцінкою ступеня активності процесу шляхом визначення у сироватці крові пацієнта вмісту загального холестерину, ліпопротеїнів високої щільності та розрахунком прогностичного показника активності за формулою:

$$\text{ППА} = \text{ЛПВЩ} \times \text{ЛПВЩ} / (\text{ЗХ} - \text{ЛПВЩ}),$$

де ППА – прогностичний показник активності; ЛПВЩ – вміст ліпопротеїнів високої щільності в сироватці крові, ммоль/л; ЗХ – вміст загального холестерину в сироватці крові, ммоль/л, і, якщо  $1 < \text{ППА}$ , прогнозують відсутність запально-некротичних змін (A0), якщо  $1 \geq \text{ППА} \geq 0,63$  – активність процесу оцінюють як слабку (A1), якщо  $0,63 > \text{ППА} \geq 0,43$  – активність процесу оцінюють як помірну (A2), якщо  $0,43 > \text{ППА}$  – активність процесу оцінюють як виражену (A3) за шкалою METAVIR.

**8.** *Медична ефективність* – спосіб має високу чутливість (90%) та дає змогу підвищити точність неінвазивної діагностики ступеня запально-некротичної активності хронічного гепатиту С до 95%, і, таким чином, визначати тактику ведення пацієнта, необхідність призначення противірусних засобів і можливість досягнення

стійкої відповіді на терапію, проводити оцінку ефективності лікування. *Соціальна ефективність* – доступність способу сприяє реалізації програми скринінгу та / або моніторингу ступеня запально-некротичної активності печінкового процесу в хворих на хронічний гепатит С, зокрема для малозабезпечених прошарків населення, та дає змогу визначати прогноз для людини, зменшити смертність від цирозу печінки та покращити якість життя хворого шляхом своєчасного призначення етіотропного та патогенетичного лікування. *Економічна ефективність* – спосіб є дешевшим за аналоги, що існують; використання способу дає змогу попередити виникнення цирозу печінки в хворих на хронічний гепатит С шляхом призначення своєчасного лікування та таким чином скоротити тривалість перебування хворого у стаціонарі; визначення біохімічних показників, що використані у способі, є доступними з позиції технічного виконання, а формула розрахунку прогностичного показника активності та шкала оцінювання результату є простими у використанні.

**9.** Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, епендорфи, напівавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, колориметричний біохімічний аналізатор, набір реактивів для визначення в сироватці крові загального холестерину та ліпопротеїнів високої щільності колориметричним методом або іншим відомим способом.

**10.** Застосування у хворих на хронічний гепатит С.

**11.** Відсутні.

**12.** Ускладнення відсутні.

**13.** Харківський національний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Проф., д.мед.н. Юрко К. В.; доц., к.мед.н. Соломенник Г. О.; доц., к.мед.н. Бондар О. Є.; доц., к.мед.н. Могиленець О. І.; к.мед.н. Винокурова О.М.

**Контактна особа:** Соломенник Г. О. +380 502037972.

## Реєстр. № 42/8/22

### **1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ЯК НАСЛІДКУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С**

**2.** НДР «Удосконалення діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі на тлі ВІЛ-інфекції», номер державної реєстрації: 0119U002901.

**3.** Інфекційні хвороби.

**4.** 2++; В.

**5.** Пат. на корисну модель 146061 Україна, МПК G01N 33/48. Спосіб діагностики цирозу печінки як наслідку хронічного гепатиту С. / Юрко К.В., Соломенник Г.О., Терьошин В.О., Анциферова Н.В.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – № у 2020 04118; Заявл. 07.07.2020; Опубл. 20.01.2021, Бюл. № 3.

**6.** Спосіб діагностики цирозу печінки як наслідку хронічного гепатиту С шляхом визначення активності холінестерази в сироватці крові.

**7.** Розроблено спосіб діагностики цирозу печінки як наслідку хронічного гепатиту С, який передбачає біохімічне дослідження крові з наступною оцінкою стадії фіброзу

печінки шляхом визначення у сироватці крові пацієнта активності холінестерази. Якщо активність холінестерази в сироватці крові є нижчою за 5100 Од/л, діагностують тяжкий фіброз (F4), тобто цироз печінки.

**8. Медична ефективність** – спосіб має високу чутливість (88%) та дає змогу підвищити точність неінвазивної діагностики цирозу печінки як наслідку хронічного гепатиту С до 90%, і, таким чином, визначати тактику ведення пацієнта, необхідність призначення противірусних засобів і можливість досягнення стійкої відповіді на терапію, проводити оцінку ефективності лікування. *Соціальна ефективність* – доступність способу сприяє реалізації програми скринінгу та / або моніторингу цирозу печінки в хворих на хронічний гепатит С, зокрема для малозабезпечених прошарків населення, та дає змогу визначати прогноз для людини, зменшити смертність від цирозу печінки та покращити якість життя хворого шляхом своєчасного призначення етіотропного та патогенетичного лікування. *Економічна ефективність* – спосіб є дешевшим за аналоги, що існують; використання способу дає змогу ранньої діагностики цирозу печінки в хворих на хронічний гепатит С, а призначення своєчасного лікування дає змогу скоротити тривалість перебування хворого у стаціонарі, відновити їх працездатність.

**9.** Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, епандорфи, напівавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, фотометричне обладнання (біохімічний аналізатор), набір реактивів для визначення в сироватці крові активності холінестерази хроматографічним методом або іншим відомим способом.

**10.** Застосування у хворих на хронічний гепатит С.

**11.** Відсутні.

**12.** Ускладнення відсутні.

**13.** Харківський національний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Проф., д.мед.н. Юрко К. В.; доц., к.мед.н. Соломенник Г.О.; проф., д.мед.н. Терьошин В. О.; к.мед.н. Анциферова Н. В.

**Контактна особа:** Соломенник Г. О. +380 502037972.

## Реєстр. № 43/8/22

### **1. СПОСІБ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ГОСТРОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО МЕНІНГІТУ**

**2.** НДР «Удосконалення діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі на тлі ВІЛ-інфекції», номер державної реєстрації: 0119U002901.

**3.** Інфекційні хвороби.

**4.** 2++;В.

**5.** Пат. на корисну модель 146062 Україна, МПК G01N 33/50, G01N 33/53, G01N 33/573. Спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту. / Юрко К.В., Зоц Я.В., Соломенник Г.О., Сохань А.В., Гаврилов А.В.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u 2020 04173; Заявл. 08.07.2020; Опубл. 20.01.2021, Бюл. № 3.

6. Спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту шляхом визначення вмісту адренкортикотропного гормону в цереброспінальній рідині.

7. Розроблено спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту, який передбачає біохімічне дослідження цереброспінальної рідини з наступним встановленням ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту шляхом визначення в цереброспінальній рідині адренкортикотропного гормону. Якщо вміст адренкортикотропного гормону в цереброспінальній рідині є меншим або дорівнює 19,75 пг/мл, діагностують середню ступінь тяжкості гострого бактеріального менінгіту, якщо є більшим за 19,75 пг/мл – тяжку ступінь тяжкості гострого бактеріального менінгіту.

8. *Медична ефективність* – спосіб дає змогу підвищити точність оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту і таким чином визначити тактику ведення пацієнта, запобігти формуванню тяжких ускладнень, провести оцінку ефективності лікування. *Соціальна ефективність* – спосіб дозволяє визначати прогноз для пацієнта, зменшити смертність і інвалідність від бактеріальних менінгітів, відновити якість життя реконвалесцентів. *Економічна ефективність* – спосіб дає змогу своєчасно оптимізувати терапію, що сприяє скороченню терміну перебування пацієнтів у стаціонарі, відновленню їхньої працездатності.

9. Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, епандорфи, напіваавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, калориметричний біохімічний аналізатор, набір реактивів для визначення в цереброспінальній рідині вмісту адренкортикотропного гормону ензиматичним колориметричним методом.

10. Застосування у хворих на гострі бактеріальні менінгіти.

11. Наявність у пацієнта вираженого набряку-набухання головного мозку, об'ємного утворення головного мозку, судом, значної гіпотонії, оклюзійної гідроцефалії, пролежнів або гнійного ураження у ділянці попереку.

12. Ускладнення відсутні.

13. Харківський національний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Проф., д.мед.н. Юрко К. В.; к.мед.н. Зоц Я. В.; доц., к.мед.н. Соломенник Г. О.; доц., д.мед.н. Сохань А. В.; к.мед.н. Гаврилов А. В.

**Контактна особа:** Соломенник Г.О. +380 502037972.

#### Реєстр. № 44/8/22

### **1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА У ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С ЗАЛЕЖНО ВІД ВІЛ-СТАТУСУ**

2. НДР «Перебіг інфекційних хвороб на тлі супутньої патології, поєднаних хронічних інфекцій та інвазій, корекція лікування», номер державної реєстрації: 0119U100571

3. Інфекційні хвороби.

4. Оцінка науково-технічної розробки з Шкалою градації доказової сили рекомендацій.

5. Подано заявку на патент України на корисну модель за номером u 2019 08211 “Спосіб прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок із хронічним гепатитом С залежно від ВІЛ-статусу”.

6. Немає.

7. Суть винаходу полягає в способі прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок із хронічним гепатитом С залежно від ВІЛ-статусу, який здійснюється шляхом визначення потенційно небезпечних факторів ризику (материнських, плодових, акушерських) які, залежно від показника відносного ризику (RR), оцінюють в балах від 2 до 5 із внесенням їх в прогностичну робочу карту і підрахунком суми балів для кожної жінки, з визначенням високого, помірного та низького ступеня ризику інфікування плода.

8. На підставі проведених досліджень встановлено клінічну ефективність нашого способу прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок із хронічним гепатитом С, інфікованих і неінфікованих ВІЛ, який поєднує в собі високу точність прогнозу, є простим і доступним до практичного застосування і досягається шляхом аналізу множинних факторів (материнських, плодових, акушерських), які сприяють передачі інфекції від матері до плода. Впровадження запропонованої прогностичної карти в практичну роботу лікувальних закладів сприятиме ранньому прогнозуванню внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок із хронічним гепатитом С з врахуванням їх ВІЛ-статусу, що дасть можливість своєчасно діагностувати вроджену інфекцію та забезпечити диспансерне спостереження за такими дітьми.

9. На основі аналізу наявних материнських, плодових та акушерських факторів ризику внутрішньоутробного інфікування плода та їх бальної оцінки розроблена робоча карта прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода.

10. Вагітні жінки з хронічним гепатитом С, інфіковані та неінфіковані ВІЛ.

11. Немає.

12. Немає.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячих інфекційних хвороб.

14. Відсутні.

15. Д.мед.н., проф. Матейко Г.Б.; к.мед.н., Матвісів М.В.

**Контактна особа:** Матейко Г. Б. +380 957548696.

### **Реєстр. № 45/8/22**

## **1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ В**

2. НДР «Перебіг інфекційних хвороб на тлі супутньої патології, поєднаних хронічних інфекцій та інвазій, корекція лікування», номер державної реєстрації: 0119U100571

3. Інфекційні хвороби.

4. -.

5. Подано заявку на патент України на корисну модель за номером u 2019 08170 “Спосіб прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок з хронічним гепатитом В”.

6. Немає.

7. Суть винаходу полягає в способі прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок з хронічним гепатитом В залежно від ВІЛ-статусу, який здійснюється шляхом визначення потенційно небезпечних факторів ризику (материнських, плодових, акушерських) які, залежно від показника відносного ризику (RR), оцінюють в балах від 2 до 5 із внесенням їх в прогностичну робочу карту і підрахунком суми балів для кожної жінки, з визначенням високого, помірного та низького ступеня ризику інфікування плода.

8. На підставі проведених досліджень встановлено клінічну ефективність нашого способу прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок з хронічним гепатитом В, інфікованих і неінфікованих ВІЛ, який поєднує в собі високу точність прогнозу, є простим і доступним до практичного застосування і досягається шляхом аналізу множинних факторів (материнських, плодових, акушерських), які сприяють передачі інфекції від матері до плода. Впровадження запропонованої прогностичної карти в практичну роботу лікувальних закладів сприятиме ранньому прогнозуванню внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок з хронічним гепатитом В з врахуванням їх ВІЛ-статусу, що дасть можливість своєчасно діагностувати вроджену інфекцію та забезпечити диспансерне спостереження за такими дітьми.

9. На основі аналізу наявних материнських, плодових та акушерських факторів ризику внутрішньоутробного інфікування плода та їх бальної оцінки розроблена робоча карта прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода.

10. Вагітні жінки з хронічним гепатитом В, інфіковані та неінфіковані ВІЛ.

11. Немає.

12. Немає.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячих інфекційних хвороб.

14. Відсутні.

15. Д.мед.н., проф. Матейко Г. Б.; к.мед.н. Матвісів М. В.

**Контактна особа:** Матейко Г. Б. +380 957548696.

#### **1. КОМПЛЕКСНА АНТИАРИТМІЧНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

2. НДР «Удосконалення методів діагностики, прогнозування то корекції ендокринопатій (раку щитоподібної залози та цукрового діабету)», номер державної реєстрації: 0120U100645.

3. Загальна практика-сімейна медицина, внутрішні хвороби, кардіологія, ендокринологія

4. 2+В.

5. Егорова, МС, et al. «Место Ритмокора в комплексной антиаритмической терапии у пациентов с патологией щитовидной железы», Новини медицини та фармації, № 12 (700), 2019, С. 38-41.

6. Не подавалася.

7. Патологія серця при дисфункції ЩЗ найчастіше є провідною в клініці захворювання. У клінічній картині відзначаються різноманітні складні порушення ритму серця, артеріальна гіпертензія, метаболічна кардіоміопатія з розвитком хронічної серцевої недостатності морфо-функціональні зміни міокарда завжди передують метаболічні порушення в серцевому м'язі. Зміни серцево-судинної системи при гіпертиреозі обумовлені впливом надлишкової кількості тиреоїдних гормонів на обмінні процеси і гемодинаміку. У ході експериментальних досліджень встановлено, що Ритмокор® в умовах ішемії стимулює пентозофосфатний шлях окислення глюкози, сприяє пригніченню процесів перекисного окислення ліпідів і вільно радикального окислення білків, нормалізує активність основних ферментів метаболізму міокарда: лактатдегідрогенази, креатинфосфокінази, сукцинат дегідрогенази, а також сприяє нормалізації іонного гомеостазу. Сприятливий вплив на метаболізм обумовлено підвищенням активності окисно-відновних ферментів, зокрема,  $\text{Na}^+ / \text{K}^+ \text{-ATP-ази}$ , що, в свою чергу, сприяє підвищенню стабільності електрофізіологічних властивостей кардіоміоцитів.

Упродовж терміну дослідження препарату Ритмокор® проводився комплексний аналіз антиаритмічної активності, оцінка ефективності та безпеки курсового прийому препарату РИТМОКОР® в таблетках у пацієнтів з дифузним токсичним зобом (ДТЗ) у стані компенсації на додаток до базової терапії бета-блокаторами, що використовується в Україні відповідно до стандартів ведення таких пацієнтів за схемою: Ритмокор® по 2 таблетки двічі на день протягом 1 місяця.

У дослідженні взяли участь 25 пацієнтів (середній вік  $43 \pm 6$  років, 5 чоловіків, 20 жінок), які отримували лікування в Державній установі «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України» з приводу ДТЗ.

Аналіз отриманих даних показав, що у 21 (84,0%) хворих, ефективність комплексної терапії із застосуванням препарату була оцінена як «висока» і тільки у 4 (16,0%) хворих – як «помірна». Випадків відсутності або низької ефективності комплексної терапії із застосуванням препарату в даному дослідженні зафіксовано

не було. Ритмокор® продемонстрував виразний антиаритмічний ефект у пацієнтів з ДТЗ. Встановлено, що у 3 рази ( $p < 0,05$ ) зменшилася кількість одиночних і у 2 рази ( $p < 0,05$ ) парних суправентрикулярних екстрасистол, а також у 2,5 рази ( $p < 0,05$ ) одиночних шлуночкових екстрасистол, що реєструються на ЕКГ. Аналіз отриманих результатів показав зниження максимальної ЧСС на 12,23%. Спектральний аналіз варіабельності серцевого ритму продемонстрував зниження амплітуди низькочастотного компонента (LF) на 30,13%, високочастотного компонента (HF) на 10,27%, а також їх співвідношення (LF/HF) на 21%. При цьому рівень електролітів і гормонів у пацієнтів з ДТЗ статистично значимо не змінювався. Всі хворі, в тому числі літні пацієнти, відзначали абсолютну переносимість препарату Ритмокор®.

**8.** У пацієнтів з ДТЗ препарат РИТМОКОР® в таблетках довів свою антиаритмічну ефективність. Зокрема статистично значимо зменшилася кількість одиночних і парних суправентрикулярних екстрасистол, а також одиночних шлуночкових екстрасистол, відповідно зменшилася загальна кількість суправентрикулярних і шлуночкових екстрасистол, реєстрованих на ЕКГ. Відзначено позитивний вплив препарату РИТМОКОР® в таблетках на нормалізацію максимальної ЧСС за добу, в денний і нічний період, а також нормалізацію середньодобового значення ЧСС. Зниження спектральних показників варіабельності серцевого ритму при прийомі препарату РИТМОКОР® в таблетках свідчить про зниження симпатичної активності ВНС, що в свою чергу, демонструє зниження ризику серцево-судинних ускладнень. Гарна переносимість і безпека препарату РИТМОКОР® в таблетках дозволяє призначати його хворим з ДТЗ і порушеннями ритму, в тому числі літнім пацієнтам.

**9.** Апаратура і устаткування: ЕКГ апарат з можливим записом ритмограми, Холтерівська система моніторингу ЕКГ.

**10.** Показами до застосування є захворювання та стани, що супроводжуються гіпомагніємією та гіпокаліємією (у схемах комплексного лікування): порушення серцевого ритму (передсердна та шлуночкова екстрасистолічна аритмія); вегетосудинна дистонія; міокардіопатії; порушення електролітного обміну (з метою корекції рівня іонів магнію і калію); ішемічна хвороба серця; синдром хронічної втоми.

**11.** Протипоказаннями до застосування препарату Ритмокор® є підвищена чутливість до компонентів препарату; атріовентрикулярна блокада III ступеня; кардіогенний шок (при систолічному артеріальному тиску у дорослих нижче 90 мм рт. ст.); коматозні стани нез'ясованої етіології; декомпенсовані форми цукрового діабету; гостре та хронічне порушення функції нирок II-IV ступеня; хвороба Аддісона; гіперкаліємія та гіпермагніємія.

**12.** Випадки передозування не зареєстровані. Оскільки препарат містить іони магнію та калію, у разі передозування можливі зміни на ЕКГ, які характерні для гіпермагніємії та гіперкаліємії. Гіперкаліємія та гіпермагніємія можуть проявлятися парестезією, зниженням сухожильних рефлексів, тремором, пригніченням дихання. Симптоми гіперкаліємії: нудота, блювання, діарея, біль у животі, металевий присмак у роті, брадикардія, слабкість, дезорієнтація, м'язовий параліч; гіпермагніємії: почервоніння шкіри обличчя, спрага, артеріальна гіпотензія, порушення нервово-м'язової передачі, аритмія, судоми; зміни на ЕКГ. Для зменшення проявів

гіперкаліємії застосовують препарати кальцію.

**13.** ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України», 04114, м. Київ, вул. Вишгородська, 69.

**14.** Відсутні.

**15.** Акад. НАМН України Тронько М.Д.; к.мед.н. Черська М.С.; к.мед.н. Кухарчук Х.М.; Каташова О. В.

**Контактна особа:** Черська М. С. +380 508366241; Кухарчук Х. М. +380 977002851.

### **Реєстр. № 47/8/22**

#### **1. СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ**

**2.** НДР «Патогенетичне обґрунтування диференційованого лікування хворих на ІХС з артеріальною гіпертензією з метою профілактики прогресування серцевої недостатності», номер державної реєстрації: 0114U004272.

**3.** Кардіологія.

**4.** 2++

**5.** Подана раціоналізаторська пропозиція № 1/2784 від 26.02.2020 р. «Спосіб стабілізації хронічної серцевої недостатності у пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця після хірургічної реваскуляризації міокарда».

**6.** Немає.

**7.** Спосіб попередження прогресування хронічної серцевої недостатності у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця після стентування коронарних артерій і корекції івабрадином шляхом оцінки вмісту NT-proBNP в сироватці крові пацієнтів поряд із вивченням загальноклінічних, біохімічних досліджень та факторів системної імунізапальної реакції. Суть нововведення полягає в покращенні клінічного перебігу стабільної ІХС після стентування судин серця шляхом включення у комплексну терапію блокатора If-каналів синусового вузла івабрадину, що веде до оптимізації гемодинамічних змін у міокарді.

**8.** На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу ранньої діагностики прогресування ХСН, ендогенної інтоксикації та імунізапальної реакції у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця після стентування коронарних артерій й терапії івабрадином з метою прогнозування несприятливого перебігу захворювання за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко-лабораторної та інструментальної діагностики стабільної ішемічної хвороби серця додатковим визначенням вмісту NT-proBNP, фактору некрозу пухлин- $\alpha$  та С-реактивного білка в сироватці крові пацієнтів.

**9.** Набір «BIOMEDICA MEDIZINPRODUKTE» (GmbH&Co Австрія), ProCon TNF-alpha» (ProCon, Російська Федерація), «Гранум» (Україна).

**10.** Стабільна ішемічна хвороба серця після стентування коронарних артерій.

**11.** Немає.

**12.** Дотримання чітких інструкцій до застосування наборів та вказаного середника.

13. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра клінічної фармакології і фармакотерапії.

14. Відсутні.

15. Д. мед. н., проф. Купновицька І. Г.; доц. Фітковська І. П.; Романишин Н. М.

**Контактна особа:** Романишин Н. М. +380 672810981.

### Реєстр. № 48/8/22

## 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST.

2. НДР «Прогнозування перебігу та ефективності лікування різних серцево-судинних захворювань у поєднанні з патологією інших органів і систем», номер державної реєстрації: 0120U100022.

3. Кардіологія.

4. ▼

5. Масловський В. Ю., Іванов В. П., Межієвська І. А. «Методика визначення ступеня ураження коронарних артерій у пацієнтів з інфарктом міокарда без елевації сегмента ST». Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 109375. Дата реєстрації 11 листопада 2021 р.

6. Немає.

7. Отримані дані базуються на результатах комплексного обстеження 90 пацієнтів з інфарктом міокарда без елевації сегмента ST (NSTEMI) віком від 38 до 79 (в середньому  $61,30 \pm 1,10$ ) років. Серед них 60 (66,7%) пацієнтів були чоловічої і 30 (33,3%) – жіночої статі, відповідно, при співвідношенні чоловіків до жінок - 2,0 до 1,0 ( $p < 0,001$ ). Усі пацієнти на момент включення їх у дослідження знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні для інфарктних хворих КНП "Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології" впродовж 2016-2018 років.

Нами запропонована шкала оцінки тяжкості атеросклеротичного стенозу коронарних артерій який визначали в балах, де 0 балів – відсутність атеросклеротичних бляшок в коронарній артерії, 1 – наявність гемодинамічно незначущого стенозу (до 50%), 2 – наявність гемодинамічно значущого стенозу від 50% до 90% і 3 бали – від 90% до повної оклюзії. Сумарний бал тяжкості ураження коронарних артерій визначався, як сума балів тяжкості ураження діагональної гілки (ДГ)/передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії (ПМШГ ЛКА), огинаючої гілки (ОГ) ЛКА і правої коронарної артерії (ПКА).

8. Дозволяє у найбільш оптимальні терміни визначити ступінь ураження коронарних артерій для подальшої стратифікації ризику несприятливих серцево-судинних подій, параметри для розрахунку є більш доступними, на відміну від традиційних шкал визначення ступеня ураження коронарних артерій.

9. Ангіографічна лабораторія з можливістю проведення коронарографії, інтервенційні кардіологи (кардіохірурги).

10. Інфаркт міокарда без елевації сегменту ST.

11. Немає.

12. Інфаркт міокарда 0,06–0,09%; гостре або минуле порушення мозкового кровообігу 0,07–0,20%; аритмія 0,38%; смертність 0,05%, ускладнення з боку місця пункції (кровотеча, гематоми, тромботичні оклюзії, псевдоаневризми артерії, артеріовенозні фістули, диссекції та спазми судин) – у 1,6% випадків. Шляхи усунення – адекватний гемостаз та контроль місця пункції, своєчасна стратифікація ризику ускладнень.

13. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова.

14. Відсутні.

15. Доц., к.мед.н. Масловський В.Ю.; проф., д.мед.н. Іванов В.П.; PhD Межієвська І.А.

**Контактна особа:** Масловський В. Ю. +380 675050078; Іванов В. П. +380 679554788; Межієвська І. А. +380 969626706.

### Реєстр. № 49/8/22

#### **1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГРАДАЦІЇ РІВНІВ СТИМУЛЮЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ, ЩО ЕКСПРЕСУЄТЬСЯ ГЕНОМ 2 (ST2) У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST**

2. НДР «Прогнозування перебігу та ефективності лікування різних серцево-судинних захворювань у поєднанні з патологією інших органів і систем», номер державної реєстрації: 0120U100022.

3. Кардіологія.

4. ▼

5. Масловський В. Ю., Іванов В. П., Межієвська І. А. «Методика визначення градації рівнів стимулюючого фактору росту, що експресується геном 2 (ST2) при інфаркті міокарда без елевації сегмента ST». Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 109374. Дата реєстрації 11 листопада 2021 р.

6. Немає.

7. Отримані дані базуються на результатах комплексного обстеження 90 пацієнтів з інфарктом міокарда без елевації сегмента ST (NSTEMI) віком від 38 до 79 (в середньому  $61,30 \pm 1,10$ ) років. Серед них 60 (66,7%) пацієнтів були чоловічої і 30 (33,3%) – жіночої статі, відповідно, при співвідношенні чоловіків до жінок - 2,0 до 1,0 ( $p < 0,001$ ). Усі пацієнти на момент включення їх у дослідження знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні для інфарктних хворих КНП "Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології" впродовж 2016-2018 років. Методом варіаційної статистики були виділені градації рівня ST2 в основній клінічній групі. Так, умовно виділений відносно низький рівень (ВН) відповідав менше 25, а відносно високий (ВВ) рівень ST2 – більше 75 персантіля значення показника в групі, відповідно. Для пацієнтів основної групи ці рівні склали  $< 26$  і  $> 56$  нг/мл, відповідно. У свою чергу, відносно помірний (або проміжний) рівень ST2 для цих пацієнтів склав 26-56 нг/мл.

8. У пацієнтів з NSTEMI виявлена асоціація рівня ST2 в плазмі з характером перебігу інфаркту міокарда. Більш високий рівень ST2 зареєстрований при передній, на

відміну від задньої, локалізації інфаркту міокарда; при високому, на відміну від помірному, ризику за шкалою GRACE; при ускладненому, на відміну від неускладненого перебігу інфаркту міокарда; у разі наявності гострої серцевої недостатності і порушень серцевого ритму, на відміну від пацієнтів з відсутністю цих проявів у гострому періоді інфаркту міокарда.

9. Аналізатор для проведення кількісного імуноферментного аналізу, лабораторний набір Presage® ST2 Assay, лікарі-лаборанти.

10. Інфаркт міокарда без елевації сегменту ST.

11. Немає.

12. Немає.

13. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова.

14. Відсутні.

15. Доц., к.мед.н. Масловський В.Ю.; проф., д.мед.н. Іванов В.П.; PhD Межієвська І.А.

**Контактна особа:** Масловський В. Ю. +380 675050078; Іванов В.П. +380 679554788; Межієвська І. А. +380 969626706.

### **Реєстр. № 50/8/22**

#### **1. ПРАКТИЧНЕ ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТИЗОВАНОГО ПІДХОДУ ЩОДО КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

2. Комплексна НДР «Удосконалення профілактики, лікування та реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією в амбулаторних та стаціонарних умовах», номер державної реєстрації: 0119U001045

3. Кардіологія, терапія

4. 2+;С.

5. Galina Z. Moroz, Irina M. Hidzynska, Anatoly M. Kravchenko, Tatyana S. Lasytsia, Olena O. Dzizinska. Comorbidity in patients with chronic coronary syndromes: prevalence and assessment // Wiadomości Lekarskie 2020, tom LXXIII, nr 3, s. 462-465. DOI: 10.36740/WLek202003110

6. Немає.

7. Представлені результати узагальнення міжнародного досвіду та досвіду Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, щодо використання стандартизованого індексу Чарлсон (CCI – Charlson Comorbidity Index – та СА-CCI – Combined Age Charlson Comorbidity Index) для комплексної оцінки коморбідності у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Величина СА-CCI була –  $7,3 \pm 0,3$  у хворих на ІХС, яким проведено ургентне черезшкірне коронарне втручання та  $7,5 \pm 0,2$  у пацієнтів, яким проведено планове втручання. Найбільш поширеними супутніми захворюваннями були артеріальна гіпертензія, цереброваскулярні захворювання, захворювання периферичних артерій, цукровий діабет 2 типу та порушення метаболізму глюкози. Використання СА-CCI дало можливість провести комплексну

оцінку стану хворих на ІХС, яким проведено черезшкірне коронарне втручання, що важливо враховувати при оцінці прогнозу та проведенні лікування.

**8.** Перевагою застосування стандартизованого індексу Чарлсон (CCI та CA-CCI) для оцінки коморбідності у хворих на ІХС є можливість комплексної оцінки стану пацієнта.

**9.** Підготовка медичного персоналу для використання стандартизованого індексу Чарлсон (CCI – Charlson Comorbidity Index – та CA-CCI – Combined Age Charlson Comorbidity Index) для комплексної оцінки коморбідності у хворих на ІХС.

**10.** Упровадження стандартизованого підходу щодо комплексної оцінки коморбідності у хворих на ішемічну хворобу серця.

**11.** Немає.

**12.** Ускладнення не спостерігалися.

**13.** Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф. Мороз Г.З.; к.мед.н. Гідзинська І.М.; д.мед.н., доц. Кравченко А.М.; к.мед.н. Ласиця Т.С.; к.мед.н. Дзівінська О.О.

**Контактна особа:** Мороз Г.З. +380 508045527.

### **Реєстр. № 51/8/22**

## **1. СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ ВИСОКОГО РИЗИКУ СМЕРТІ ТА ІНШИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРОТЯГОМ ОДНОГО РОКУ ПІСЛЯ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМІ**

**2.** НДР «Оцінити клініко-прогностичне значення порушень ліпідного обміну і гуморально-клітинного імунітету у ранні терміни гострого коронарного синдрому та розробити методи їх корекції», номер державної реєстрації: 0119U100024.

**3.** Кардіологія.

**4.** 2+С.

**5.** 1. Деклараційний патент України №134530 на корисну модель U 2018 12077 (№5896/ЗУ/19). 2. Свідоцтво про реєстрацію авторських прав на науковий твір № 104480 ДП «Український інститут інтелектуальної власності» від 6 травня 2021 року.

**6.** Немає

**7.** Спосіб діагностики схильності до виникнення смерті та інших серцево-судинних ускладнень протягом річного післяінфарктного періоду полягає в комплексній оцінці загально-клінічного гематологічного тесту (ЗАК) для виявлення запальних зрушень лейкоцитарної ланки та збільшення популяції великих незрілих тромбоцитів (Тц) в крові у хворих протягом госпітального періоду із обчисленням модифікованого лейкоцитарного індексу (за формулою:  $mPI$  (умов.од.) =  $GRA * 4 + MON + \text{абс.знач.}(2,025 - LYM) * 14 + GRA\% + MON\% * 5 + LYM\% * 0,05 + GRA3 - MON1 * 8$ , де:  $GRA$  – кількість нейтрофілів на 10-ту добу ( $\times 10^9/\text{л}$ ),  $MON$  – кількість моноцитів на 10-ту добу ( $\times 10^9/\text{л}$ ),  $LYM$  – кількість лімфоцитів на 10-ту добу ( $\times 10^9/\text{л}$ ),  $GRA\%$  – відсоток нейтрофільних гранулоцитів на 10-ту добу (%),  $MON\%$  – відсоток

моноцитів на 10-ту добу (%), LYM% – відсоток лімфоцитів на 10-ту добу (%), GRA3 – кількість нейтрофілів на третю добу ( $\times 10^9/\text{л}$ ), MON1 – кількість моноцитів на першу добу ( $\times 10^9/\text{л}$ ), а також модифікований лейкоцитарно-тромбоцитарний індекс (за формулою:  $\text{мЛПІ (умов.од.)} = \text{мЛП} + \text{PDWc} * 2 + \text{P\_LCR} * 0,4$ , де: PDWc – відсоток розподілу Тц за розміром на 10-ту добу, та P-LCR – відсоток великих ( $>12\text{fL}$ ) Тц на 10-ту добу), причому про підвищений ризик всіх віддалених ускладнень судять при значенні мЛПІ  $>140$  умов. од. (чутливість 65%, специфічність 82%) або мЛПІ  $>242$  умов. од. (чутливість 61%, специфічність 96%), тоді як про підвищений ризик кардіальної смерті судять при значенні мЛПІ  $>159$  умов. од. (чутливість 89%, специфічність 88%) або мЛПІ  $>245$  умов. од. (чутливість 100%, специфічність 80%, площа AUC = 0,92).

**8.** Застосування способу дозволяє підвищити якість відбору серед хворих на гострий коронарний синдром з елевацією ST групи високого ризику, яка потребує першочергових лікувально-профілактичних заходів, що, з одного боку, призведе до зменшення навантаження на відповідні медичні структури (зменшення відсотка хворих, які отримують інтенсивне лікування за відсутності нагальної потреби), а з іншого боку - до покращення якості та подовження тривалості життя хворих, які за існуючими дотепер гематологічними технологіями оцінки ризику (наприклад, за показником нейтрофільно-лімфоцитарного відношення) помилково оцінювалися як такі із низьким ризиком ускладнень.

**9.** Гематологічний аналізатор (Elite 3 або інший) для визначення розгорнутого загального аналізу крові (з тромбоцитарними показниками), лікар-лаборант.

**10.** Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST на 10-ту добу захворювання.

**11.** Відсутні.

**12.** За умов неможливості лабораторного обладнання надавати інформацію про негомогенність Тц за розміром (показники PDWc та P-LCR), аналіз обмежується обчисленням модифікованого лейкоцитарного індексу (мЛПІ).

**13.** ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска» НАМН України, вул. Народного Ополчення, 5, м. Київ, 03680.

**14.** Немає.

**15.** Пархоменко О.М., Талаєва Т.В., Гавриленко Т.І., Рижкова Н.О., Третяк І.В., Шумаков О.В., Довгань О.В., Лутай Я.М., Іркін О.І., Білий Д.О., Скаржевський О.А., Степура А.О., Кушнір С.П.

**Контактний телефон:** +38 044 275-16-33, +380 504429193.

**1. СТРУКТУРА ХВОРИХ ІЗ ЛЕГЕНЕВОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ПРОГНОЗ ВИЖИВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ОСНОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРЕДИКТОРІВ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ ХВОРИХ ІЗ ЛЕГЕНЕВОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ХРОНІЧНОЮ ТРОМБОЕМБОЛІЧНОЮ ЛЕГЕНЕВОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.**

2. НДР «Дослідити предиктори несприятливого прогнозу та ефективності специфічної терапії у пацієнтів із легеневою артеріальною та хронічною тромбоемболічною легеневою гіпертензією», номер державної реєстрації: 0119U002505.

3. Кардіологія.

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб полягає в визначенні структури пацієнтів із легеневою артеріальною гіпертензією (ЛАГ) в Україні. Структура пацієнтів в Україні складається з ідіопатичної/спадкової ЛАГ (21,4%), ЛАГ, асоційованої з захворюванням сполучної тканини (ЗСТ) 6,1%, з ЛАГ, асоційованої з ВІЛ-інфекцією (2,4%), з ЛАГ, асоційованою з портальною гіпертензією (0,87%), з ЛАГ, асоційованою з вродженими вадами серця (43,7%), з ЛГ внаслідок захворювань лівих відділів серця (4,4%), ЛГ внаслідок захворювань легень та/або гіпоксії (2,8%), хронічна тромбоемболічна ЛГ (18,3%).

8. Застосування способу дозволяє спрогнозувати кількість хворих із різними формами легеневої гіпертензії, розрахувати приблизну потребу ліків і оцінити можливе навантаження на систему охорони здоров'я України. *Медицина ефективність* – прогноз прогресування легеневої артеріальної гіпертензії; *соціальна ефективність* – у разі своєчасної діагностики поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; *економічна ефективність* – зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування тяжких форм легеневої гіпертензії.

9. УЗД апарат експерт класу із встановленим кардіопакементом обробки даних, лікар-кардіолог, лікар функціональної діагностики.

10. Легенева артеріальна гіпертензія.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. ДУ «ННЦ «Інституту кардіології ім.акад.М.Д. Стражеска» НАМН України. Народного ополчення 5, м. Київ, 03151.

14. Немає.

15. Сіренко Ю.М., Рековець О.Л., Живилю І.О., Кушнір С.М., Торбас О.О., Радченко Г.Д. тел. (044)-249-33-55.

**Контактна особа:** Радченко Г.Д. тел. +38 044 2493355.

**1. СПОСІБ ВПЛИВУ НА ПЕРЕБІГ ПОСТІНФАРКТНОГО ПЕРІОДУ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ НАСЛІДКІВ (РЕСТЕНОЗІВ, ПОВТОРНИХ ІНФАРКТІВ, НЕОБХІДНОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЙ), СПРИЧИНЕНИХ ПРОГРЕСУВАННЯМ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СТЕНТУВАННЯМ ІНФАРКТ-ОБУМОВЛЮЮЧОЇ АРТЕРІЇ**

2. НДР «Удосконалити методи кардіореабілітації у пацієнтів після гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST», номер державної реєстрації Шифр 17.0000.216.21.

3. Кардіологія.

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб включає дослідження рівня глюкози крові та глікозильованого гемоглобіну протягом трирічного спостереження після ІМ, при виявленні порушень - своєчасна корекція, вимірювання та контроль ваги тіла, контроль статусу куріння з метою модифікації цих факторів ризику, включення в програму реабілітації з проведенням фізичних тренувань на велоергометрі, для запобігання прогресування коронарного атеросклерозу з розвитком несприятливих серцево-судинних подій.

8. Новим у способі є те, що на підставі вивчення даних повторної КАГ у пацієнтів, що перенесли ІМ та стентування в гострому періоді ІМ протягом трирічного терміну було виявлено зростання кількості пацієнтів з новими випадками цукрового діабету, зростанням частоти ожиріння та повернення до куріння серед тих пацієнтів, у яких спостерігали прогресування коронарного атеросклерозу за даними КАГ і розвиток повторних несприятливих серцево-судинних подій. *Медична ефективність* – покращання прогнозу пацієнтів після інфаркту міокарда; *соціальна ефективність* – контроль ожиріння, моніторинг показників вуглеводного обміну, вплив на відмову від куріння будуть сприяти попередженню прогресування коронарного атеросклерозу та повторних коронарних подій що поліпшить результати лікування і будуть запобігати втратам працездатності; *економічна ефективність* – зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування, зменшення інвалідизації пацієнтів після інфаркту міокарда.

9. Біохімічний аналізатор для вимірювання глюкози крові та глікозильованого гемоглобіну, ваги.

10. Пацієнти з ІХС та перенесеним інфарктом міокарда.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. ДУ «ННЦ Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска» НАМНУ

14. Відсутні.

15. Шумаков В.О., Малиновська І.Е., Терещенко Н.М., Бабій Л.М., Погурельська О.П.

**Контактна особа:** Бабій Л.М. +38 044 2498808.

**1. СПОСІБ МОНІТОРИНГУ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У МОЛОДИХ ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ СУГЛОБІВ БЕЗ ТРАДИЦІЙНИХ ФАКТОРІВ ССР. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ СУГЛОБІВ**

2. НДР «Оцінити серцево-судинний ризик атеросклеротичних уражень судин у хворих на запальні хвороби суглобів», номер державної реєстрації: 0119U100121.

3. Ревматологія.

4. 2+С.

5. УКРПАТЕНТ № 3950/ЗУ/22.

6. Немає.

7. Спосіб моніторингу ризику виникнення серцево-судинних захворювань у молодих хворих на запальні хвороби суглобів без традиційних факторів ССР включає проведення УЗД екстракраніальних судин та периферичних артерій нижніх кінцівок з відсутністю традиційних факторів СС-ризиків та тривалістю хвороби більше 5 років. Згідно даних чисельних досліджень відомо, що у молодих пацієнтів на ревматоїдного артриту (РА), анкілозуючий спондиліт (АС) та псоріатичної артрит (ПсА) у відсутності традиційних факторів СС-ризиків СС-смертність більше ніж в 3 рази перевищує середньостатистичні показники. Всім пацієнтам із високою активністю артритів не дивлячись на проведення стандартної терапії рекомендовано проводити УЗД екстракраніальних судин та периферичних артерій із визначенням товщини КІМ та наявності АС бляшок. За наявності АС бляшок або кальцинозу периферичних артерій стратифікувати пацієнта у групу високого ризику СС-подій за шкалою SCORE та проводити щорічний моніторинг за даною методикою і призначати статини відповідно до рівнів показників ліпідного спектру крові. Для РА активність необхідно визначати за стандартизованим індексом DAS28 (розраховується за посиланням <https://www.das-score.nl/das28/DAScalculators/dascalculators.html>, показник високої активності  $DAS28 \geq 5.1$ ). Для АС активність необхідно визначати за стандартизованим індексом індексом ASDAS (розраховується за посиланням <https://www.asas-group.org/instruments/asdas-calculator/>), де висока ступінь активності визначена як  $ASDAS > 3.5$ . Для ПсА активність визначається за індексом DAPSA (розраховується за посиланням <https://www.mdapp.co/disease-activity-in-psoriatic-arthritis-dapsa-calculator-612/>), де висока активність хвороби визначена як  $DAPSA > 28$ .

8. Застосування даного способу дозволяє підвищити точність визначення ризику розвитку СС-подій за шкалою SCORE та своєчасно призначити лікування атеросклерозу.

9. Персональний комп'ютер, апарат для УЗД.

10. Ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, псоріатичний артрит.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, вул. Народного ополчення, 5, м. Київ, 03151.

14. Немає.

15. Коваленко В.М., Талаєва Т.В., Гарміш О.О., Левченко В.Г., Романовський А.В.

Контактна особа: Гарміш О.О. +38 044 2497032.

**Реєстр. № 55/8/22**

## **1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МІОКАРДИТУ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ПЕРЕНЕСЕНИМ COVID 19 В АНАМНЕЗІ**

2. НДР «Дослідити вплив різних програм фармакотерапевтичного лікування на структурно функціональний стан серця у хворих на міокардит», номер державної реєстрації: 0120U102954.

3. Кардіологія.

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб полягає в призначенні пацієнтам з міокардитом та зниженою фракцією викиду лівого шлуночка, які перенесли COVID19 в анамнезі, додатково до стандартної терапії серцевої недостатності метилпреднізолону в дозі 0,25 мг/кг на добу, протягом 3-х місяців з подальшим поступовим зниженням дози на 1 мг в тиждень до повної відміни препарату через 6 місяців від початку лікування. Аналіз результатів обстежень проводили в 1-й місяць від дебюту міокардиту до призначення глюкокортикоїдів та через 6 місяців лікування.

Через 6 місяців у пацієнтів даної групи виявлено значне зменшення частоти шлуночкових аритмій та епізодів нестійкої шлуночкової тахікардії (в 2,8 і 2 рази відповідно) на фоні достовірно меншої кількості сегментів із запальними змінами та співставних об'ємів фібротичного ураження лівого шлуночка за даними МРТ серця у порівнянні із хворими, які не отримували терапію глюкокортикоїдами. При цьому відновлення систолічної функції лівого шлуночка проходило інтенсивніше у пацієнтів, які отримали 6-місячний курс глюкокортикоїдів, про що свідчили більші величини ФВ ЛШ, ПГСД і ЦГСД ЛШ (на 12,6 %, 20,4 % та 19,2 % відповідно).

8. Застосування 6-місячного курсу глюкокортикоїдної терапії у хворих з міокардитом, що розвинувся після COVID-19 інфекції може бути ефективним для зменшення кардіомегалії та покращення скоротливої здатності лівого шлуночка, зменшення частоти порушень ритму серця і регресії запального ураження міокарду за даними МРТ серця. *Медична ефективність* – покращення лікування міокардиту, запобігання розвитку ускладнень, зокрема серцевої недостатності та небезпечних порушень серцевого ритму у хворих на міокардит, які мали перенесений COVID 19 в анамнезі; *соціальна ефективність* – у разі своєчасного і якісного лікування поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; *економічна ефективність* – зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування серцевої недостатності та тяжких порушень ритму серця.

9. Апарат для проведення ехокардіографії, система холтерівського моніторингу електрокардіограми, апарат для проведення МРТ серця Toshiba Vantage Titan HSR 1,5 Тесла, лікар-кардіолог.
  10. Гострий міокардит зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка у осіб з перенесеним COVID 19 в анамнезі.
  11. Відсутні.
  12. Відсутні.
  13. Державна Установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України, 03151; м. Київ, вул. Святослава Хороброго, 5.
  14. Немає.
  15. Коваленко В.М., Несукай О.Г., Чернюк С.В., Тітова Н.С., Кириченко Р.М., Гіреш Й.Й., Тітов Є.Ю..
- Контактна особа:** Тітов Є.Ю. +38 044 2756622.

### **Реєстр. № 56/8/22**

#### **1. СПОСІБ ВІДНЕСЕННЯ ДО ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ КАРДІОЛОГІЧНИХ ПОДІЙ**

2. НДР «Вивчити клініко-патогенетичні особливості та предиктори клінічного прогнозу ХСН, поєднаної з цукровим діабетом 2 типу», номер державної реєстрації: 0118U006699.
3. Кардіологія.
4. 2+С.
5. Подана заявка на Патент України на винахід U202103038. Впроваджено у відділі серцевої недостатності ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України.
6. Немає.
7. Згідно розробки спосіб віднесення до групи високого ризику виникнення несприятливих кардіологічних подій, який відрізняється тим, що додатково визначають індекс кінцево-діастолічного об'єму (іКДО), індекс кінцево-систолічного об'єму (іКСО), рівень лімфоцитів, індекс маси міокарду лівого шлуночка (іММЛШ), розмір правого шлуночка (ПШ) та розмір лівого передсердя (ЛП), та у випадку, якщо  $iKDO > 113,9$  мл/м<sup>2</sup>,  $iKCO > 77,55$  мл/м<sup>2</sup>, рівень лімфоцитів  $< 25\%$ ,  $iMMLSH > 153,27$  г/м<sup>2</sup>, розмір ПШ  $> 3,6$  см та розмір ЛП  $> 4,95$  см відносять пацієнта до групи високого ризику виникнення несприятливих кардіологічних подій, таких як госпіталізація з серцево-судинних причин або смерть з серцево-судинних причин протягом найближчих 36 місяців.
8. За рахунок застосування даного способу забезпечується більш швидке, об'єктивне та індивідуальне визначення групи високого ризику виникнення несприятливих кардіологічних подій, таких як госпіталізація з серцево-судинних причин або смерть з серцево-судинних причин протягом найближчих 36 місяців, в т.ч. при поєднаному перебігу з цукровим діабетом 2 типу, що дозволяє більш ефективно проводити їх диспансерне спостереження.

9. Лікар, апарат для проведення ЕхоКС, аналізатор для визначення показників загального аналізу крові.
  10. Диспансерне спостереження за хворими з ХСН поєднаної з ЦД 2 типу.
  11. Відсутні.
  12. Відсутні.
  13. ДУ ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» АМН України
  14. Відсутні.
  15. Д.мед.н., проф. Воронков Л. Г.; к.мед.н, с.н.с. Ткач Н. А.; к.мед.н., с.н.с. Філатова О. Л.; к.мед.н., с.н.с. Ляшенко А. В.
- Контактна особа:** Ляшенко А. В. +38 044 2755387.

### **Реєстр. № 57/8/22**

## **1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ КАЛЬЦИНОЗУ КОРОНАРНИХ СУДИН У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

2. НДР «Вивчити прогресування коронарного кальцинозу при високому і низькому рівні клітинних і гуморальних запальних імунних реакцій у хворих зі стабільною ІХС і кальцинуючою хворобою клапанів серця», номер державної реєстрації: 0119U002041.

3. Кардіологія.

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Дослідження показали, що має місце високий кореляційний зв'язок між виразністю кальцинозу коронарних судин та рівнем антитіл до окислених ліпопротеїнів низької щільності ( $r=0,83; p=0,002$ ), який може слугувати маркером коронарного кальцинозу. Новим є те, що додатково визначають антитіла до окислених ліпопротеїнів низької щільності (олПНЩ) у плазмі крові та у випадку коли значення антитіл до олПНЩ дорівнює 400 mU/ml та більше, роблять висновок про наявність кальцинозу коронарних судин.

8. Застосування способу дозволяє діагностувати коронарний кальциноз з використанням лабораторних показників, що є загально прийнятими клінічними дослідженнями. Медична ефективність – діагностика коронарного кальцинозу у хворих на стабільну форму ІХС впливає на тактику лікування пацієнтів на ІХС; соціальна ефективність – у разі своєчасної діагностики та лікування коронарного кальцинозу поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; економічна ефективність – зменшення витрат з бюджету та власних коштів на діагностику коронарного кальцинозу.

9. Біохімічний аналізатор, принтер.

10. Ішемічна хвороба серця.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. ДУ Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» АМН України. 03151, Київ-151, вул. Народного Ополчення, 5.

14. Немає.

15. Д.мед.н., проф. Лутай М. І., д.біол.н., проф. Гавриленко Т. І., к.мед.н., с.н.с. Голікова І. П.

**Контактна особа:** Голікова І. П. +38 044 2497029.

**Реєстр. № 58/8/22**

**1. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КАРДІОВЕРСІЇ В ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАННЯМ ФІБРИЛЯЦІЇ І ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ**

2. НДР «Порівняти предиктори відновлення та збереження синусового ритму у пацієнтів з фібриляцією та тріпотінням передсердь на тлі артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця», номер державної реєстрації: 0120U101124.

3. Кардіологія.

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. У пацієнтів з тривалими епізодами типового ТП високоефективним методом кардіоверсії є черезстравохідна електрокардіостимуляція, незалежно від тривалості аритмії, що не вимагає особливого устаткування та скорочує термін лікування пацієнтів. Хворим з епізодом тріпотіння передсердь, яке виникло внаслідок трансформації ФП в ТП на фоні проведеної анитаритмічної терапії чи наявною супутньою ФП відновлення синусового ритму доцільно проводити за допомогою електроімпульсної терапії, враховуючи її вищу ефективність в порівнянні зі ЧСЕКС під час проведення якого можуть виникати ускладнення для оптимізації їх лікувального процесу.

8. Застосування запропонованого підходу в диференціації пацієнтів згідно з наявним порушенням ритму та способу відновлення синусового ритму дозволяє спростити та скоротити період лікування пацієнта в стаціонарі, зменшити ризики розвитку ускладнень після процедури кардіоверсії, знижує ймовірність розвитку ранніх повторних епізодів аритмій.

9. Електрокардіограф, апарат для моніторингу ЕКГ за Холтером, ультразвуковий апарат з датчиками та пакетами програм для трансторакальної ехокардіографії.

10. Наявність типового тріпотіння передсердь.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України. Святослава Хороброго 5, м. Київ. 03151

14. Немає.

15. Зінченко Ю.В., Міхалева Т.В., Ільчишина О.Я. тел. (044) 275-66-22

**Контактна особа:** Ільчишина О.Я. +38 044 2756622

**1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ (СС), НИРКОВИХ УСКЛАДНЕНЬ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ (ЦД) У ПАЦІЄНТІВ З РЕЗИСТЕНТНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ (РАГ) ЗА ДОПОМОГОЮ МАТЕМАТИЧНОЇ ТРИФАКТОРНОЇ МОДЕЛІ ЛОГІСТИЧНОЇ РЕГРЕСІЇ.**

2. НДР «Прогностичні маркери перебігу резистентної артеріальної гіпертензії розроблені на основі даних тривалого спостереження», номер державної реєстрації: 01/9U001079.

3. Кардіологія.

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб полягає у вимірюванні в пацієнтів з РАГ вмісту цитруліну, циркулюючих клітин попередників ендотеліоцитів (КПЕ) в крові, рівня середньодобового систолічного артеріального тиску (САТ) при первинному обстеженні - чинників, що чинять найбільш суттєвий вплив на прогноз життя пацієнтів з РАГ протягом 5 років.

Трифакторна модель прогнозування 5-річного ризику розвитку комбінованої кінцевої точки (ККТ), яка включає СС, ниркові ускладнення та ЦД представлена рівнянням:

$$\ln\left(\frac{Y}{1-Y}\right) = -0.89 * X1 + 0.12 * X2 + 0.099 * X3 - 25.1,$$

де  $Y$  – імовірність виникнення ККТ,  $X1$  – рівень КПЕ (клітин/мл),  $X2$  – рівень цитруліну (мкмоль/л),  $X3$  – рівень середньодобового САТ (мм рт. ст.). При досягненні  $Y > 0,0992$  буде прогнозовано розвиток ККТ, якщо значення  $Y$  інше, то прогноз життя пацієнта сприятливий. Для практичного використання на базі програми Office 16/Excel створено калькулятор. Трифакторна модель має високу якість,  $AUC = 0,937$  (95 % ДІ 0,87 – 0,98). При відсутності доступу до програмного забезпечення можливо використання моделі прогнозування за індексами:

- 1) якщо  $KPE \leq 1818$  клітин/мл, то індекс дорівнює 1 бал, інакше – 0 балів;
- 2) якщо цитрулін в крові  $> 68$  мкмоль/л, то індекс – 1 бал, інакше – 0 балів;
- 3) якщо середньодобовий САТ  $> 163$  мм рт. ст., то індекс – 1 бал, інакше – 0 балів.

Бали підсумовуються, при наявності 2 або 3 балів прогнозується розвиток ПКТ через 5 років. Якість отриманої моделі є адекватною,  $AUC = 0,881$  (95 % ДІ 0,82 – 0,91).

8. Застосування способу дозволяє прогнозувати розвиток випадків ККТ (інфаркт міокарда, ревазуляризація міокарда, інсульт/ТІА, фібриляція передсердь, захворювання периферійних артерій, госпіталізація з приводу серцевої недостатності, СС смерть, значне зниження швидкості клубочкової фільтрації (на  $\geq 40$  %) та потреба в гемодіалізі; та цукрового діабету) у пацієнтів з РАГ з

використанням загальноклінічних та лабораторних показників. *Медична ефективність* – прогнозування ККТ протягом 5 років у пацієнтів з РАГ дозволить підвищити ефективність тривалого лікування РАГ з метою первинної та вторинної профілактики СС, ниркових ускладнень та ЦД. *Соціальна ефективність* – ефективне попередження ускладнень РАГ сприятиме покращанню соціальної, психологічної та трудової адаптації пацієнтів; *економічна ефективність* – зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування.

**9.** Добовий монітор АТ, спектрофотометр, проточний цитометр, програма Office 16/Excel, лікар, лікар-лаборант.

**10.** Резистентна артеріальна гіпертензія.

**11.** Відсутні.

**12.** Відсутні.

**13.** Державна Установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад.М. Д. Стражеска» НАМН України, 03151, м. Київ, вул. Святослава Хороброго, 5.

**14.** Немає.

**15.** Міщенко Л. А., Матова О. О., Талаєва Т. В., Третяк І. В.

**Контактна особа:** Третяк І.В. тел. 380 503588606.

## **КЛІНІЧНА БІОХІМІЯ**

**Реєстр. № 60/8/22**

### **1. СТАН ЕРИТРОЦИТАРНОЇ СИСТЕМИ ЯК ПОКАЗНИК ЗАБРУДНЕННЯ ПИТНОЇ ВОДИ**

**2.** НДР «Комплексна оцінка негативного впливу довготривалого споживання питної води, забрудненої хлорорганічними сполуками на фоні інших потенційних екотоксикантів, на теплокровний організм та неінфекційну захворюваність населення», номер державної реєстрації: 0119U101005.

**3.** Гігієна навколишнього середовища.

**4.** 2+; С.

**5.** Немає.

**6.** Немає.

**7.** Інформація щодо визначення особливостей стану еритроцитарної системи крові для оцінки ступеня впливу на організм факторів навколишнього середовища.

Про перебудову в еритроцитарній системі крові свідчить зниження кількості гемоглобіну та середнього вмісту гемоглобіну в одному еритроциті. Негативну динаміку в еритроцитарній системі слід трактувати, як реакцію «напруження», причиною якої можна вважати недостатню функціональну зрілість еритроцитів та недостатність киснево-транспортної функції еритроцитів, що може викликати подальший розвиток порушень функціонування всіх органів та систем організму.

**8.** Показники реакцій еритроцитарної системи крові можуть служити надійним інтегральним показником змін гомеостазу, що дозволяє кількісно виявити ступінь

вираженості ефекту впливу факторів довкілля на організм і надати об'єктивну оцінку негативних впливів.

9. Немає.

10. Використання еритроцитарних показників системи як критеріїв оцінки несприятливої дії чинників довкілля.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзеєва НАМН України»

14. Немає.

15. Д.б.н., проф. Томашевська Л.А.; д.мед.н., проф. Прокопов В.О.; к.мед.н. Кравчун Т.Є.; к.мед.н. Липовецька О.Б.; к.б.н. Дідик Н.В.; Цицирук В.С.

**Контактна особа:** Томашевська Л.А. +38 044 5740086.

## **МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 61/8/22**

**1. СПОСІБ ОЦІНЮВАННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ОВОЛОДІННЯ КОМУНІКАТИВНИМИ НАВИЧКАМИ ЛІКАРЯ З ВИКОРИСТАННЯМ УКРАЇНСЬКОГО ВАРІАНТУ ШКАЛИ «COMMUNICATION SKILLS ATTITUDE SCALE» (CSAS-U).**

2. НДР «Динамічна біопсихосоціальна модель медико-психологічної допомоги пацієнтам багатoproфільних лікарень у швидко мінливому асоціативно-кризовому соціумі (діагностика, лікування, реабілітація, профілактика)», номер державної реєстрації: 0119U103910.

3. Медична психологія

4. 2++, В

5. Немає.

6. Впроваджено безоплатно у вищих навчальних медичних закладах України.

7. Спосіб оцінювання ставлення до оволодіння комунікативними навичками лікаря з використанням українського варіанта шкали «Communication skills attitude scale» (CSAS-U) здійснюється шляхом використання стандартизованої україномовної шкали CSAS-U, яка пройшла повноцінну процедуру адаптації для використання в Україні та виявила прийнятні психометричні показники (конструктивна валідність, прогностична валідність, дискримінативність, консистентність, ретестова надійність, синхронна надійність).

8. Систематичне оцінювання ставлення до оволодіння комунікативними навичками лікаря студентів вищих навчальних медичних закладів та лікувально-профілактичних установ всіх форм власності позитивно вплине на лікувально-діагностичний процес та формування медичного комплаєнсу.

9. Немає.

10. Лікарі усіх спеціальностей, студенти вищих навчальних медичних закладів

11. Немає.
  12. Не передбачається.
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13
  14. Немає.
  15. Д.мед.н., проф. Чабан О.С.; д.мед.н., проф. Хаустова О.О.; д.мед.н., проф. Омелянович В. Ю.; д.мед.н., проф. Абдяхімова Ц. Б.
- Контактна особа:** Омелянович В. Ю. +380 988862585.

## **МІКРОБІОЛОГІЯ І ВІРУСОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 62/8/22**

### **1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОТИГРИБКОВОЇ ДІЇ ЕМУЛЬСІЇ ЕВГЕНОЛУ В ПОЛІСОРБАТІ-80 НА ЕТАЛОННИЙ ШТАМ CANDIDA ALBICANS**

2. НДР «Вивчення ролі умовно-патогенних та патогенних інфекційних агентів з різною чутливістю до антимікробних і противірусних препаратів у патології людини», номер державної реєстрації: 0118 U004456.

3. Мікробіологія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель №139124 UA, МПК G01N 33/15, C12N 1/00, C12R 1/72. Спосіб визначення протигрибкової дії емульсії евгенолу в полісорбаті-80 на еталонний штам *Candida albicans* / Полянська В.П., Федорченко В.І., Зачепило С.В., Боброва Н.О., Лобань Г.А.; заявник і патентовласник «УМСА» - № u2019 05386; Заявл. 20.05.2019; Опубл. 26.12.2019. Бюл. №24.

6. Немає

7. В основу даного способу поставлена задача комплексного вивчення дії евгенолу, емульгованого в Полісорбаті-80 на культуру *Candida albicans* ATCC 885-653 шляхом визначення мінімальної інгібуючої, мікоцидної та мікостатичної концентрацій, а також показників інтенсивності розмноження грибів в постмікостатичних концентраціях евгенолу.

Спосіб визначення протигрибкової дії емульсії евгенолу в полісорбаті-80 на еталонний штам *Candida albicans* включає використання ефіру з протимікотичною активністю. Як діючу речовину на еталонний штам *C. albicans* ATCC 885-653 використовують евгенол, який емульгують в полісорбаті-80 у співвідношенні 1:1. Кількісне визначення мінімальної інгібуючої концентрації (МІК) евгенолу для культури грибів досліджують за допомогою методу послідовних макророзведень. Інокулом готують шляхом отримання суспензії з 5 типових колоній добової культури *Candida albicans* ATCC 885-653 в рідкому середовищі Сабуро з використанням стандарту 0,5 МакФарланда.

8. В результаті проведених досліджень було встановлено, що евгенол, емульгований в Полісорбаті-80 надає високу протигрибкову дію на культуру *Candida albicans* ATCC 885-653 (мінімальна мікоцидна концентрація склала 0,5 об'єм.%), Мінімальна

мікостатична концентрація - 0,025об'єм.%). Постмікостатична концентрація евгенолу приводить до збільшення кількості КУО / мл в порівнянні з контролем в 10 разів.

**9.** Евгенол (4-аллил-2-метоксифенол), полісорбат-80, тест-культура мікроорганізму, живильні середовища, холодильник, стерильний бокс, термостат, автоклав.

**10.** Розробка протигрибкових препаратів на основі рослинної сировини також може бути корисною, особливо це стосується препаратів для місцевого застосування. Існує велика кількість рослин і екстрактів з них, для яких характерна антимікробна активність. Одним з речовин рослинного походження зі значним антимікробну дію є евгенол. Для нього характерні антисептичні, протизапальні і знеболюючі властивості. Він широко застосовується в стоматологічній практиці як один з компонентів Цинкоксидная паст для тимчасового і постійного пломбування зубів.

**11.** Відсутні.

**12.** Відсутні.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** К.біол.н., доц. Полянська В.П.; к.біол.н., доц. Федорченко В.І.; к.мед.н. Зачепило С.В.; к.біол.н. Боброва Н.О.; д.мед.н., проф. Лобань Г.А.

**Контактна особа:** Боброва Н. О. +38 0532 527745.

## **НАРКОЛОГІЯ. ПСИХІАТРІЯ**

**Реєстр. № 63/8/22**

### **1. ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ**

**2.** НДР «Особливості клінічного поліморфізму коморбідних станів в психіатрії та наркології», номер державної реєстрації: 0119U100172.

**3.** Психіатрія, Наркологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Інформ. лист №143-2020. Київ; 2020. «Психіатрія, Наркологія» Автори: доц. Фітькало О.С., ас. Боженко М.І., доц. Боженко Н.Л.

**6.** Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).

**7.** Будь яке хронічне захворювання або нездужання, що супроводжується болем, впливає на емоції й поведження особистості, часто веде до появи тривоги й напруги та впливає на якість життя пацієнтів. Тому особливістю діагностики будь-якого болю є не об'єктивні ознаки, які лікар виявляє при огляді, а, в першу чергу, скарги пацієнта. Таким чином важливим діагностичним критерієм у постановці діагнозу, ефективності лікування й настання видужання залишається біль. Феномен болю не обмежується винятково органічними чи функціональними порушеннями в місті його локалізації, а проявляється вегето-соматичними реакціями та характеризується певними психоемоційними складовими. Твердження, що біль може бути винятково

психогенного походження, є дискусійним. Однак широко відомо, що особистість формує больове відчуття, яке завищене в істеричних особистостей, і більш точно відбиває реальність у пацієнтів не істероїдного типу.

З метою оцінки емоційно-особистої сфери групі пацієнтів (27-65 років, із болями в спині) для диференційної діагностики проведено психологічне обстеження з використанням таких психологічних тестів: шкали самооцінки (Спілбергера - Ханіна), шкали депресії Гамільтона, шкали самооцінки тривоги (Чабан О.С., Хаустова Е.А.), опитувальника Айзенка.

За допомогою даного дослідження підтверджено важливість психоемоційної складової болю, індивідуальних типологічних особливостей, біопсихосоціального статусу пацієнта як важливих конституційних складових клініко-патогенетичних механізмів хронічних болей.

**8.** Психологічне тестування доповнює клінічне обстеження пацієнта об'єктивними критеріями, що збільшує достовірність діагностики больового синдрому на ранніх стадіях його прояву.

**9.** Опитувальники.

**10.** Пацієнти з больовими синдромами.

**11.** Відсутні.

**12.** Не передбачається.

**13.** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032)255 31 29.

**14.** Відсутні.

**15.** Доц. Фітькало О.С.; Боженко М.І.; доц. Боженко Н.Л.

**Контактна особа:** Фітькало О.С. +380 679499499; Боженко Н.Л. +380 676728991.

### **Реєстр. № 64/8/22**

## **1. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ БІОКОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ДИСБІОТИЧНИХ СТАНІВ НА ОСНОВІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ БІОПРЕПАРАТІВ, ЩО МІСТЯТЬ ЛАКТОБАЦИЛИ**

**2.** НДР «Оптимізація діагностично лікувальної тактики при госпітальній та позагоспітальній інфекції в ургентній абдомінальній хірургії», номер державної реєстрації: 0120U002138.

**3.** Мікробіологія і вірусологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Інформаційний лист № 171-2020. Київ; 2020. «Епідеміологія. Мікробіологія та вірусологія».

**6.** Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).

**7.** Лактобацилярні препарати є важливою ланкою у складі комплексної терапії для мінімізації ризику побічних ефектів при антибіотикотерапії та підвищення ефективності корекції мікробіоти травного, вагінального трактів та ротоглотки. У зв'язку з розширенням показів застосування пробіотиків, все частіше трапляються дані про те, що позитивний ефект їхнього застосування в лікуванні дисбіозу має

тимчасовий характер. Найбільш важливою ознакою пробіотичного потенціалу молочнокислих бактерій є колонізаційна здатність лактобацил, яка забезпечує реалізацію усіх їхніх корисних ефектів в організмі хазяїна. Використання біопрепаратів, до складу яких входять лактобацили з різною видовою та штамовою характеристикою, підвищить їхню інгібуючу активність щодо відповідних мікроорганізмів – збудників інфекційних процесів, забезпечить попередження розвитку інфекцій відповідної локалізації. Для підвищення ефективності біокорегуючої терапії дисбіотичних станів, викликаних ESKAPE-патогенами, запропоновано диференційоване застосування біопрепаратів, що містять лактобацили.

**8.** Диференційований підхід при виборі препарату для біокорекції сприятиме підвищенню ефективності їхнього застосування, скороченню терміну лікування.

**9.** Лабораторне обладнання

**10.** Пацієнти із порушеннями мікробіоти травного, вагінального трактів та ротоглотки.

**11.** Відсутні.

**12.** Не передбачається.

**13.** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032)255 31 29.

**14.** Відсутні.

**15.** Лаврик Г.С.; Тимчук І.В.; Панас М.А.; проф. Корнійчук О.П.

**Контактна особа:** Корнійчук О.П. +38 032 2762836.

## **НАРОДНА І НЕТРАДИЦІЙНА МЕДИЦИНА**

**Реєстр. № 65/8/22**

### **1. МОРФОЛОГІЧНІ ТА АНАТОМІЧНІ ОЗНАКИ ТРАВИ АСТРАГАЛУ СОЛОДКОЛИСТОГО**

**2.** НМФ «Синтез та перетворення нових фізіологічно-активних речовин - похідних неконденсованих, конденсованих і макрогетероциклічних азолідонів і споріднених гетероциклічних систем, з використанням методів віртуального синтезу, вивчення фізико-хімічних властивостей та проведення фармакологічного скринінгу одержаних сполук, дослідження різних видів рослин прикарпатської флори з метою одержання нових лікарських засобів, розробка технології лікарських форм нових складів та опрацювання сучасних методик фармацевтичного та токсикологічного аналізу», номер державної реєстрації: 0111U010499.

**3.** Народна і нетрадиційна медицина.

**4.** 2+; С.

**5.** Інформаційний лист № 72-2021. Київ; 2021. «Фармація».

**6.** Впроваджено в роботу науково-дослідних лабораторій вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів, науково-дослідних установ, регіональних

управлінь державних служб України з контролю якості лікарських засобів та заготівельних організацій.

**7.** Морфологічні та анатомічні діагностичні ознаки трави астрагалу солодколистого, що виявляє нефропротекторну (гіпоазотемічну), сечогінну, заспокійливу, судинорозширювальну дію, пропонується для використання як новий вид лікарської рослинної сировини у виробництві лікарських засобів. Відбір рослин для морфолого-анатомічного аналізу автори проводили у природних популяціях у фенофазі повного цвітіння. Анатомічну будову вивчали на препаратах з поверхні та завдяки поперечним зрізам. При вивченні морфолого-анатомічних діагностичних ознак увагу приділяли структурі епідермісу, типу продихових комплексів та характеру трихом.

**8.** У результаті проведення аналізу поперечних зрізів астрагалу солодколистого встановлено особливості локалізації фенольних сполук в аналізованій рослинній сировині. Отримані дані буде використано при розробці проекту методів контролю якості на нову лікарську рослинну сировину – «Трава астрагалу солодколистого».

**9.** Лабораторне обладнання

**10.** Фіточай «Нефропротектол».

**11.** Відсутні.

**12.** Не передбачається.

**13.** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032) 255 31 29.

**14.** Відсутні.

**15.** Лисюк Р.М.; Дармограй Р.Є.

**Контактна особа:** Дармограй Р.Є. +38 032 2768835.

## **НЕВРОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 56/8/22**

**1. СПОСІБ СЕГМЕНТАЦІЇ ЦИФРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНИХ ТОМОГРАМ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ**

**2.** НДР «Розробка нових методів оцінки морфофункціонального стану клітин, тканин та органів у нормі та патології», номер державної реєстрації: 0119U002911.

**3.** Неврологія.

**4.** 2+,С.

**5.** Патент на корисну модель № 150115. МПК А61В 8/00, G06Т 7/00, G06Т 7/11 (2017.01). Спосіб сегментації цифрових зображень магнітно-резонансних томограм мозочка людини / Степаненко О.Ю., Мар'єнко Н.І.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u202100990; заявл. 01.03.21; опубл. 05.01.22. Бюл. № 1.

**6.** Немає.

**7.** Спосіб сегментації цифрових зображень МРТ структур головного мозку, який включає сегментацію структур головного мозку, згідно з корисною моделлю, для

сегментації різних компонентів тканини мозочка людини на T2-зважених цифрових зображеннях МРТ головного мозку розділяють зображення на фрагменти за допомогою графічного редактора відповідно до значень яскравості пікселів: визначають ділянки зображення, що відповідають тканині мозочка у цілому; сегментують пікселі у діапазоні значень яскравості від 0 до 100; для сегментації білої речовини мозочка використовують діапазон значень яскравості від 0 до 80; зернистого шару кори мозочка – від 81 до 90; молекулярного шару кори мозочка – від 91 до 100; кори мозочка – від 81 до 100.

**8. Медична ефективність** – удосконалення алгоритмів діагностики стану мозочка за допомогою аналізу магнітно-резонансних томограм. **Соціальна ефективність** – покращення якості життя пацієнтів із захворюваннями мозочка та інших структур нервової системи шляхом розробки та удосконалення алгоритмів інтерпретації результатів магнітно-резонансної томографії головного мозку. **Економічна ефективність** – зниження витрат на проведення діагностики та лікування пацієнтів із патологією структур мозочка.

**9.** Магнітно-резонансний томограф, персональний комп'ютер зі встановленою програмою Adobe Photoshop CS5 або іншим графічним редактором, що має співставні або кращі технічні характеристики.

**10.** Захворювання мозочка та інших структур головного мозку.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Харківський національний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Доц., д.мед.н. Степаненко О. Ю.; к.мед.н. Мар'єнко Н. І.

**Контактна особа:** Мар'єнко Н. І. +380 951405088.

### **Реєстр. № 57/8/22**

#### **1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕТЕРОГЕННОСТІ МЕДИЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ**

**2.** НДР «Розробка нових методів оцінки морфофункціонального стану клітин, тканин та органів у нормі та патології», номер державної реєстрації: 0119U002911.

**3.** Неврологія.

**4.** 2+;С.

**5.** Патент на корисну модель № 148824. МПК G06T 7/00, A61B 8/08 (2006.01). Спосіб визначення гетерогенності медичних зображень / Степаненко О.Ю., Мар'єнко Н.І.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – u202101769; заявл. 05.04.21; опубл. 22.09.21. Бюл. № 38.

**6.** Немає.

**7.** Спосіб визначення гетерогенності медичних зображень, що включає визначення значень яскравості пікселів зображення, який відрізняється тим, що проводять фрактальний аналіз розподілу кількості пікселів, що відповідають різним значенням яскравості; при цьому проводять конвертацію досліджуваного зображення у цифрове растрове зображення у градаціях сірого; визначають кількість пікселів зображення, що відповідають певним значенням яскравості; для кожного значення

яскравості розраховується середнє арифметичне трьох значень кількості пікселів, що відповідають трьом суміжним значенням яскравості; використовують шість ітерацій процедури усереднення; розраховують різницю між значеннями кількості пікселів, отриманими в результаті шостої ітерації, зі значеннями кількості пікселів усіх попередніх ітерацій для кожного значення яскравості та розраховують суму отриманих значень різниці для досліджуваного діапазону значень яскравості та розраховують фрактальний індекс гетерогенності медичного зображення. Спосіб визначення гетерогенності медичних зображень може бути використаний для аналізу магнітно-резонансних, комп'ютерних томограм, рентгенограм та інших півтонових медичних зображень.

**8.** *Медична ефективність* – покращення діагностики захворювань за допомогою удосконалення алгоритмів інтерпретації результатів аналізу півтонових медичних зображень. *Соціальна ефективність* – покращення якості життя пацієнтів із захворюваннями, діагностика яких передбачає проведення досліджень, що потребують аналізу півтонових медичних зображень (томографії, рентгенографії тощо). *Економічна ефективність* – зниження витрат на проведення діагностичних досліджень та зниження витрат на лікування пацієнтів завдяки підвищенню ефективності ранньої діагностики захворювань.

**9.** Півтонові медичні зображення та діагностичне устаткування, необхідне для їх отримання (магнітно-резонансний томограф, комп'ютерний томограф, рентгенівська установка тощо), персональний комп'ютер із встановленою програмою Adobe Photoshop CS5 або іншим графічним редактором, що має співставні або кращі технічні характеристики.

**10.** Захворювання, діагностика яких передбачає проведення аналізу півтонових медичних зображень (томограм, рентгенограм тощо).

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Харківський національний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Доц., д.мед.н. Степаненко О. Ю.; к.мед.н. Мар'єнко Н. І.

**Контактна особа:** Мар'єнко Н. І. +380 951405088.

## **Реєстр. № 58/8/22**

### **1. СПОСІБ МОРФОЛОГІЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КОМПОНЕНТІВ ТКАНИНИ МОЗОЧКА**

**2.** НДР «Розробка нових методів оцінки морфофункціонального стану клітин, тканин та органів у нормі та патології», номер державної реєстрації: 0119U002911.

**3.** Неврологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Патент на корисну модель № 148813. МПК G01N 33/483 (2006.01). Спосіб морфологічного визначення компонентів тканини мозочка / Степаненко О.Ю., Мар'єнко Н.І.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – u202101005; заявл. 01.03.21; опубл. 22.09.21. Бюл. № 38.

6. Немає.

7. Спосіб морфологічного визначення компонентів тканини мозочка, який включає визначення фрактального індексу мозочка, який відрізняється тим, що проводять аналіз цифрового зображення магнітно-резонансної томограми мозочка за допомогою способу дилатації пікселів шляхом визначення фрактального індексу для кожного значення яскравості та його приросту, графічно визначають оцінку приросту фрактального індексу залежно від значень яскравості шляхом визначення чотирьох основних кластерів найбільшого приросту фрактального індексу, що відповідають основним компонентам тканини мозочка: білій речовині, зернистому та молекулярному шарам кори та м'якій мозковій оболонці.

8. *Медична ефективність* – покращення діагностики захворювань нервової системи шляхом удосконалення алгоритмів морфологічного визначення компонентів тканини мозочка. *Соціальна ефективність* – покращення якості життя пацієнтів із захворюваннями мозочка шляхом удосконалення алгоритмів ранньої діагностики захворювань нервової системи за допомогою магнітно-резонансної томографії. *Економічна ефективність* – зниження витрат на проведення нейровізуалізаційних діагностичних досліджень та лікування пацієнтів із патологією структур нервової системи.

9. Магнітно-резонансний томограф, персональний комп'ютер зі встановленою програмою Adobe Photoshop CS5 або іншим графічним редактором, що має співставні або кращі технічні характеристики.

10. Захворювання структур центральної нервової системи із ураженням мозочка.

11. Немає.

12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Доц., д.мед.н. Степаненко О. Ю.; к.мед.н. Мар'єнко Н. І.

**Контактна особа:** Мар'єнко Н. І. +380 951405088.

## **Реєстр. № 69/8/22**

### **1. РОЗРОБКА МЕТОДУ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ ДОВЖИН РЕСТРИКЦІЙНИХ ФРАГМЕНТІВ ДЛЯ АНАЛІЗУ ПОЛІМОРФІЗМУ (RS2583988) ГЕНА АЛЬФА-СИНУКЛЕЇНУ SNCA RS2583988**

2. НДР «Клінічні, молекулярно-генетичні та нейрофізіологічні особливості перебігу різних форм хвороби Паркінсона», номер державної реєстрації: 0119U102848.

3. Неврологія.

4. 2+; С.

5. Патент на винахід № 120479, МПК G01N 33/02 (2006.01), C12N 15/11 (2006.01), C12Q 1/04 (2006.01). Спосіб ПЛР-ПДРФ аналізу поліморфізму гена альфа-синуклеїну SNCA rs2583988/ Таряник К.А., Литвиненко Н.В. ВДНЗУ «УМСА» - № а201806588; заявл.11.06.18; опубл.10.12.2019. Бюл. №23.

6. Немає.

**7.** Запропонований метод виявлення однонуклеотидного поліморфізму алелів rs2583988. Очікується, що метод виявиться зручним для клінічних лабораторій, завдяки доступній вартості та обладнанню, а також використовуватиметься в подальших асоціативних дослідженнях.

**8. Медичні:** В основу корисної моделі поставлена задача створення способу аналізу поліморфізму гена альфа-синуклеїну SNCA rs2583988. Задача виконується шляхом створення способу аналізу поліморфізму гена альфа-синуклеїну SNCA rs2583988, який відрізняється від прототипу специфічними олігонуклеотидними праймерами, прямий - CCATGACCTCCTTGAGACCT та зворотний – TGCCAAAGGACTAACAATTACC, що дозволяють отримувати продукти ампліфікації гена SNCA розміром 173 пари нуклеотидів. Після гідролізу ендонуклеазою рестрикції RsaI або її ізошизомерами Afal, GspBI, CviQI, які мають сайт пізнавання (GTAC), за допомогою агарозного або поліакриламідного гелб-електрофорезу визначають розміри рестриктивних фрагментів. Наявність на електрофореграмі фрагментів ДНК розміром 110 та 63 пари нуклеотидів свідчить про гомозиготний генотип гена SNCA rs2583988 TT, фрагментів ДНК 173,110 та 63 свідчить про гетерозиготний генотип гена SNCA rs2583988 TA, TC. Наявність на електрофореграмі фрагментів ДНК розміром 173 пари нуклеотидів свідчить про гомозиготний генотип гена SNCA rs2583988. *Соціальні:* Дана методика дозволяє покращити діагностичні можливості генетичних аналізів хвороби Паркінсона. *Економічні:* Запропонований спосіб ПЛР-ПДРФ аналізу поліморфізму гена SNCA rs2583988 із застосуванням пари специфічних олігонуклеотидних праймерів, прямий – CCATGACCTCCTTGAGACCT та зворотний – TGCCAAAGGACTAACAATTACC та ендонуклеази рестрикції RsaI або її ізошизомерів Afal, GspBI, CviQI, які мають сайт пізнавання приводить до суттєвого зменшення вартості аналізу.

**9.** Неврологічне відділення, пацієнти із хворобою Паркінсона, науково-дослідна лабораторія, лікар-невропатолог, реактиви для визначення поліморфізму гена альфа-синуклеїну SNCA rs2583988, агарозний або поліакриламідний гель-електрофорез.

**10.** Хвороба Паркінсона.

**11.** Індивідуальна непереносимість компонентів препарату, протипоказання до проведення плазмаферезу.

**12.** Необхідно дотримуватись техніки безпеки у використанні апаратів, враховуючи показання та протипоказання до застосування запропонованої методики.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** К.мед.н., доц. Таряник К. А.; д.мед.н., проф. Литвиненко Н. В.

**Контактна особа:** Таряник К. А. +380 669226575.

**1. СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ТА ПУЛЬС-ТЕРАПІЇ ГЛЮКОКОРТИКОЇДАМИ**

2. НДР «Клініко-патогенетична оптимізація діагностики, прогнозування, лікування та профілактики ускладнень центральної нервової системи, а також неврологічних порушень при соматичній патології», номер державної реєстрації: 0119U102848.

3. Неврологія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 144760, МПК А61К 31/56 (2006.01), А61М 1/34 (2006.01), А61Р 25/28 (2006.01). Спосіб комбінованого лікування розсіяного склерозу із поєднанням плазмаферезу та пульс-терапії глюкокортикоїдами/ Таряник К.А., Литвиненко Н.В., Шкодін А.Д., Бойко Д.І. УМСА -№ u202002811; заявл.12.05.20; опубл.26.10.2020.Бюл. №20.

6. Немає.

7. Запропонований спосіб включає комбіноване лікування загострень високоактивних форм рецидивуючо-ремітуючого розсіяного склерозу із застосуванням плазмаферезу та пульс-терапії глюкокортикоїдами.

8. *Медичні:* Запропонований спосіб лікування загострень високоактивних форм рецидивуючо-ремітуючого розсіяного склерозу із застосуванням мембранного плазмаферезу протягом 1,5-2 години на фоні проведення пульстерапії метилпреднізолоном у дозі 1.0 г. внутрішньовенно краплинно на 400 мл. ізотонічного розчину хлориду натрію впродовж 5 днів. За допомогою шкали спастичності Тардье, оцінки якості життя за допомогою шкали SF36 встановлено, що запропонований спосіб лікування ефективно впливає на спастичну гіпертонію у нижніх кінцівках, особливо у м'язах розгиначач, у пацієнтів з рецидивуюче-ремітуючим типом перебігу розсіяного склерозу, знижує частоту рецидивів розсіяного склерозу. *Соціальні:* Дана методика дозволяє покращити не лише стан неврологічного статусу пацієнта, а й суб'єктивну оцінку власного стану та, як наслідок, якість життя. *Економічні:* Розроблений спосіб комбінованого лікування загострень рецидивуючо-ремітуючого розсіяного склерозу простий, доступний, знижує частоту загострень.

9. Неврологічне відділення, відділення гемодіалізу, лікар-невропатолог, лікар-анестезіолог, наявність препарату «Метилпреднізолон», мембранного плазмаферезу.

10. Загострення рецидивуючо-ремітуючого розсіяного склерозу.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів препарату, протипоказання до проведення плазмаферезу.

12. Необхідно дотримуватись техніки безпеки у використанні апаратів, враховуючи показання та протипоказання до застосування запропонованої методики.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. К.мед.н., доц. Таряник К. А.; д.мед.н., проф. Литвиненко Н. В.; Шкодін А. Д.; к.мед.н., доц. Бойко Д. І.

**Контактна особа:** Таряник К. А. +380 669226575.

**1. МЕТОД ЗАСТОСУВАННЯ АКТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ПІВКУЛЬОВОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ГОСТРОМУ ТА ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДАХ**

2. НДР «Вплив комплексної фізичної (медичної) реабілітації на моторні, когнітивні й психоемоційні порушення при гострій цереброваскулярній патології: оптимізація діагностики, прогнозування та лікування з обґрунтуванням диференційованого підходу», номер державної реєстрації: 0120U105395.

3. Неврологія.

4. 2+; С.

5. Пушко О.О., Литвиненко Н.В. Активна реабілітація в ангіоневрології в парадигмі функціонального відновлення постінсультних порушень: свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №108091 Державного підприємства «Український інститут інтелектуальної власності» від 21.09.2021.

6. Немає.

7. Суть методики базується на застосуванні програми фізичної реабілітації, спрямованої на відновлення функціональності верхньої та нижньої кінцівки, координації й постурального контролю, когнітивних і нейропсихічних функцій, курсом не менше трьох тижнів із використанням методів активної фізичної реабілітації (заняття з фізичним терапевтом 2 години щодня впродовж 21 дня). Задля функціонального відновлення пацієнтів запропоновано застосовувати наступні засоби реабілітації: активні терапевтичні вправи для постуральних м'язів тулуба; терапевтичні вправи з різних вихідних положень на збільшення сили у верхній кінцівці (груба моторика); терапевтичні вправи на покращення спритності (дрібна моторика); вправи, що вимагають безперервного чергування грубої та дрібної моторики; терапевтичні вправи з різних вихідних положень на збільшення сили у верхній кінцівці та грубу моторику (піднімання речей з підлоги); вправи, при яких кінцівка має змогу ковзати по поверхні при наближенні до предмета; вправи зі зміною швидкості; регулювання ходьби пацієнта за заздалегідь розробленими маршрутами; стояння з легким вантажем та перенесення вантажу на задану відстань; ходьба вгору / вниз під нахилом; терапевтичні вправи на покращення спритності, моторики з чергуванням грубої та дрібної (сидячи / стоячи пацієнт «пише» літери здоровою та ураженою кінцівками по черзі); забезпечення належної стимуляції патернів м'язової активізації, які формують пізній реактивний контроль (вихід із площі опори вперед / назад, тримаючи в руках м'яч); здійснення окремих рухів відповідно до завдання, а не намагання стабілізувати положення тіла (хода вперед / назад з нормальною площею опори та послідовним переходом до ходьби з вузькою площею опори, оминаючи / переступаючи перешкоди); вправи для тренування навичок топографічного та функціонального орієнтування (запам'ятовування маршруту та подальше його проходження з когнітивним навантаженням, одночасними відповідями на запитання); вправи, розраховані на активізацію психічної діяльності, вирішення завдань із самообслуговування; звичної побутової діяльності (запам'ятовування й подальше слідування спеціальному розпорядку дня);

вправи, на збільшення обсягу пам'яті, на поліпшення переключення уваги, покращення мотивації (слідування розпорядку дня з допомогою календарів, щоденників, смартфона; створення й подальше відтворення візуальних образів; запам'ятовування і детальний словесний опис предметів, що оточують пацієнта).

Реабілітаційні втручання доцільно розпочинати в перший тиждень після гострого мозкового півкульового ішемічного інсульту відразу по стабілізації вітальних функцій, із повторним аналогічним курсом у відновному періоді (четвертий місяць).

**8.** Завдяки активації процесів нейропластичності та нейрорепарації, найфункціональніші зміни можна очікувати впродовж перших кількох тижнів та/або місяців, тому інтенсивна реабілітація із застосуванням активних фізичних методик у цей період має найбільший вплив, а більші інтенсивність і тривалість вправ у сприятливому для відновлення стимулюючому середовищі сприяють позитивному ефекту на функціональне одужання пацієнтів. Застосування даного терапевтично-реабілітаційного методу в пацієнтів після мозкового півкульового ішемічного інсульту надасть змогу поліпшити функціональний вихід, зменшити тривалість перебування на стаціонарному й амбулаторному лікуванні, зменшити можливі ризики виникнення постінсультних ускладнень, що матиме позитивний вплив на соціально-економічну складову за рахунок скорочення витрат, пов'язаних із непрацездатністю, зниження частоти ускладнень і рівня летальності.

**9.** Медичні кадри, міжнародні валідні шкали для оцінки моторного, когнітивного та психоемоційного статусів: шкала оцінки ступеня тяжкості інсульту (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS), індекс активності у повсякденному житті Бартела (Barthel Activities of Daily Living Index – Barthel ADL Index), модифікована шкала загальної функціональної спроможності та рівня самообслуговування Ренкіна (Modified Rankin Scale – mRS), шкала балансу Берга (Berg Balance Scale – BBS), модифікована шкала спастичності Ашворта (Modified Ashworth scale – mAS), коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination – MMSE), Монреальська шкала когнітивної оцінки (Montreal Cognitive Assessment – MoCa), шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory – BDI), опитувальник реактивної та особистісної тривожностей Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory – STAI SA/TA); індивідуалізована програма фізичної реабілітації.

**10.** Показаннями до застосування запропонованої методики є клінічні наслідки мозкового півкульового ішемічного інсульту в гострому та відновному періодах.

**11.** Протипоказаннями до використання методу є: вік менше 18 років та старше 80 років; наявність клінічно й нейровізуалізаційно підтвердженої внутрішньочерепної геморагії, ураження двох і більше басейнів; наявність раніше перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу анамнестично, клінічно й нейровізуалізаційно; тотальна афазія; декомпенсований психопатологічний синдром; наявність декомпенсованого соматичного захворювання та онкологічної патології; екстензія кисті <10°; бал за National Institute of Health Stroke Scale / шкалою оцінки ступеня тяжкості інсульту (NIHSS) більше 20 балів при першому огляді після мозкового півкульового ішемічного інсульту; бал за Modified Rankin Scale / модифікованою шкалою Ренкіна (mRS) 0 і 5 балів при першому огляді після мозкового півкульового ішемічного інсульту; бал за Mini Mental State Examination / короткою шкалою оцінки

психічного статусу (MMSE) 10 і менше балів при першому огляді після мозкового півкульового ішемічного інсульту; бал за Beck Depression Inventory / шкалою депресії Бека (BDI) 30 і більше балів при першому огляді після півкульового ішемічного інсульту.

**12.** Не передбачається.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Пушко О. О.; д.мед.н., проф. Литвиненко Н. В.

**Контактна особа:** Пушко О. О. +380 664221368.

### **Реєстр. № 72/8/22**

#### **1. МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ПІВКУЛЬОВОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ**

**2.** НДР «Вплив комплексної фізичної (медичної) реабілітації на моторні, когнітивні й психоемоційні порушення при гострій цереброваскулярній патології: оптимізація діагностики, прогнозування та лікування з обґрунтуванням диференційованого підходу», номер державної реєстрації: 0120U105395.

**3.** Неврологія.

**4.** 2+; С

**5.** Технологія № 0621U000084. Технологія комплексного лікування пацієнтів після мозкового півкульового ішемічного інсульту із застосуванням комбінації методів активної реабілітації та  $\alpha$ -гліцерилфосфорилхоліну для поліпшення функціонального відновлення / Пушко ОО, Литвиненко НВ.

**6.** Немає.

**7.** Суть методики базується на застосуванні комбінації методів активної реабілітації та  $\alpha$ -гліцерилфосфорилхоліну на фоні стандартної базової терапії. Для підвищення ефективності відновлення порушених моторних, когнітивних і психоемоційних функцій, пацієнтам із мозковим півкульовим ішемічним інсультом у гострому та відновному періодах рекомендовано застосування комплексних терапевтично-реабілітаційних втручань курсом не менше трьох тижнів із використанням методів активної фізичної реабілітації (заняття з фізичним терапевтом 2 години щодня впродовж 21 дня) та їх можливою комбінацією з нейрометаболічною терапією препаратом  $\alpha$ -гліцерилфосфорилхоліну (по 1000 мг на добу впродовж 28 днів: 7 днів внутрішньовенно краплинно та 21 день внутрішньом'язово). Реабілітаційні втручання доцільно розпочинати в перший тиждень після гострого мозкового півкульового ішемічного інсульту відразу по стабілізації вітальних функцій, із повторним аналогічним курсом у відновному періоді (четвертий місяць).

**8.** Застосування даного терапевтично-реабілітаційного методу в пацієнтів після мозкового півкульового ішемічного інсульту надасть змогу поліпшити функціональний вихід, зменшити тривалість перебування на стаціонарному й амбулаторному лікуванні, зменшити можливі ризики виникнення постінсультних ускладнень, що матиме позитивний вплив на соціально-економічну складову за

рахунок скорочення витрат, пов'язаних із непрацездатністю, зниження частоти ускладнень і рівня летальності.

**9.** Медичні кадри, міжнародні валідні шкали для оцінки моторного, когнітивного та психоемоційного статусів: шкала оцінки ступеня тяжкості інсульту (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS), індекс активності у повсякденному житті Бартела (Barthel Activities of Daily Living Index – Barthel ADL Index), модифікована шкала загальної функціональної спроможності та рівня самообслуговування Ренкіна (Modified Rankin Scale – mRS), шкала балансу Берга (Berg Balance Scale – BBS), модифікована шкала спастичності Ашворта (Modified Ashworth scale – mAS), коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination – MMSE), Монреальська шкала когнітивної оцінки (Montreal Cognitive Assessment – MoCa), шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory – BDI), опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory – STAI SA/TA); індивідуалізована програма фізичної реабілітації, фармакологічний препарат  $\alpha$ -гліцерилфосфорилхолін.

**10.** Показаннями до застосування запропонованої методики є клінічні наслідки мозкового півкульового ішемічного інсульту в гострому та відновному періодах.

**11.** Протипоказаннями до використання методу є: вік менше 18 років та старше 80 років; наявність клінічно й нейровізуалізаційно підтвердженої внутрішньочерепної геморагії, ураження двох і більше басейнів; наявність раніше перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу анамнестично, клінічно й нейровізуалізаційно; тотальна афазія; декомпенсований психопатологічний синдром; наявність декомпенсованого соматичного захворювання та онкологічної патології; екстензія кисті  $<10^\circ$ ; бал за National Institute of Health Stroke Scale / шкалою оцінки ступеня тяжкості інсульту (NIHSS) більше 20 балів при першому огляді після мозкового півкульового ішемічного інсульту; бал за Modified Rankin Scale / модифікованою шкалою Ренкіна (mRS) 0 і 5 балів при першому огляді після мозкового півкульового ішемічного інсульту; бал за Mini Mental State Examination / короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) 10 і менше балів при першому огляді після мозкового півкульового ішемічного інсульту; бал за Beck Depression Inventory / шкалою депресії Бека (BDI) 30 і більше балів при першому огляді після півкульового ішемічного інсульту; гіперчутливість до  $\alpha$ -гліцерилфосфорилхоліну або до його компонентів; психотичний синдром, тяжке психомоторне збудження; період вагітності або годування груддю.

**12.** Не передбачається.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Пушко О. О.; д.мед.н., проф. Литвиненко Н. В.

**Контактна особа:** Пушко О. О. +380 664221368.

**1. УДОСКОНАЛЕННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ТА ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ МОЗКУ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ КІЛЬКІСНОЇ ЕЕГ З ВЕЙВЛЕТ-АНАЛІЗОМ**

2. Комплексна НДР: «Удосконалення профілактики, лікування та реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією в амбулаторних та стаціонарних умовах», номер державної реєстрації: 0119U001045

3. Нервові хвороби.

4. 2+; С.

5. Tetiana V. Chernii, Daria O. Fokina. Possibilities of diagnosis and treatment of acute and chronic brain ischemia. Emerg Med Serv, 2021; VIII, 2: 75-83.

6. Відсутні.

7. Пропонується оптимізація методів ранньої діагностики формування патологічних систем мозку та їх трансформації під час лікування у пацієнтів з гострою та хронічною ішемією мозку з використанням методу кількісної ЕЕГ з вейвлет-аналізом. Виявлені формування нової системи зі зменшенням або зникненням домінуючої частоти в дельта-діапазоні, поява домінуючої частоти в тета-діапазоні та субдомінантної частоти в альфа-діапазоні, що свідчить про відновлення функцій мозку. Застосований курс нейрометаболічної терапії з використанням етилметилгідроксипіридину сукцинату призвів до змін графіків ЕЕГ через 3-4 тижні у 86,6% пацієнтів. В контрольній групі відбуваються подібні зміни тільки у 53,3% пацієнтів.

8. Для ранньої діагностики та оцінки ефективності лікування гострої та хронічної ішемії мозку доцільно використовувати комплекс амплітудно-часового представлення сигналу ЕЕГ за допомогою безперервного вейвлет-перетворення. На сьогоднішній день серед методів, що є стандартами діагностичного алгоритму обстеження пацієнтів з ішемією головного мозку, переважають ті, що дають інформацію про морфологічні (візуалізація за допомогою МРТ/КТ) або гемодинамічні (УЗДГ, СКТ-ангіографія судин головного мозку) зміни. Натомість аналіз даних ЕЕГ за допомогою безперервного вейвлет перетворення дає можливість оцінити функціональний стан нейромедіаторних систем мозку, що дозволяє його вважати більш чутливою методикою для ранньої діагностики хронічної ішемії мозку. Також даний метод надає повноцінну оцінку ефективності нейрометаболічної терапії, спрямованої на усунення мітохондріальної дисфункції, за допомогою вивчення формування та руйнування стабільних патологічних систем мозку у пацієнтів з ішемією мозку.

9. Комп'ютерний електроенцефалограф серії TredexExpert.

10. Проведення ранньої діагностики та оцінки ефективності лікування гострої і хронічної ішемії мозку.

11. Немає.

12. Ускладнення не спостерігалися.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

14. Відсутні.

15. Док. мед. наук, проф. Черній Т.В., Фокіна Д.О.

**Контактна особа:** Фокіна Д.О. +380 936531649

**Реєстр. № 74/8/22**

**1. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ СТАНУ КОРИ ВЕЛИКИХ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФРАКТАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ЛІНІЙНИХ АНАТОМІЧНИХ СТРУКТУР**

2. НДР «Розробка нових методів оцінки морфофункціонального стану клітин, тканин та органів у нормі та патології», номер державної реєстрації: 0119U002911.

3. Неврологія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 148201. МПК G06T 7/00, A61B 8/08 (2006.01). Спосіб фрактального аналізу лінійних анатомічних структур / Степаненко О.Ю., Мар'єнко Н.І.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – u202101770; заявл. 05.04.21; опубл. 14.07.21. Бюл. № 28.

6. Немає.

7. Методика діагностики стану кори великих півкуль головного мозку за допомогою фрактального аналізу лінійних анатомічних структур, що включає визначення фрактального індексу зовнішнього контуру кори великих півкуль головного мозку, за допомогою графічного редактора на медичних зображеннях виділяють лінійний контур кори головного мозку, проводять поетапну модифікацію контуру шляхом кількаразового згладжування контуру, після кожного згладжування вимірюють довжину контуру в пікселях за допомогою інструменту «аналіз» та обчислюють фрактальний індекс за визначеною формулою; значення фрактального індексу контуру кори головного мозку може варіювати від 1 до 2 та кількісно характеризує ступінь складності просторової організації кори головного мозку. Чим більшим є значення фрактального індексу кори головного мозку, тим більшою є складність її просторової конфігурації. Зменшення значення фрактального індексу кори головного мозку свідчить про наявність нейродегенерації, що призводить до згладжування поверхні кори головного мозку та до зменшення складності її просторової конфігурації.

8. *Медична ефективність* – покращення прижиттєвої діагностики нейродегенеративних захворювань кори великих півкуль головного мозку та мозочка. *Соціальна ефективність* – покращення якості життя пацієнтів з нейродегенеративними хворобами. *Економічна ефективність* – зниження витрат на діагностику нейродегенеративних захворювань.

9. Магнітно-резонансний томограф, персональний комп'ютер зі встановленою програмою Adobe Photoshop CS5 або іншим графічним редактором, що має співставні або кращі технічні характеристики.

10. Діагностика нейродегенеративних захворювань.

11. Немає.

12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет.
  14. Відсутні.
  15. Доц., д.мед.н. Степаненко О. Ю.; к.мед.н. Мар'єнко Н. І.
- Контактна особа:** Мар'єнко Н. І.+380 951405088.

## **НЕЙРОХІРУРГІЯ**

**Реєстр. № 75/8/22**

### **1. СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІАКРИЛАМІДНОГО ГІДРОГЕЛЮ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІДУРАЛЬНОГО ЗЛУКОВОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ПОПЕРЕКОВИХ ДИСКЕКТОМІЙ**

2. НДР «Розробити методи профілактики епідурального злукового процесу у хворих після поперекових мікродискектомій та оцінити їх ефективність (клінічне дослідження)», номер державної реєстрації: 0119U000111

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб профілактики епідурального злукового процесу у хворих після поперекових мікродискектомій.

Досліджено властивості матриксів поліакриламідного гідрогелю. Встановлено, що його застосування сприяє активному формуванню колоній клітин хондробластоподібної морфології та підтримує їх життєздатність протягом усього досліджуваного періоду. На основі вивчення післяопераційної динаміки клінічного та функціонального стану хворих, радіологічних показників стану хребта отримано свідчення щодо можливості мінімізації передумов розвитку рубцево-злучного епідурального фіброзу при повторних операціях з приводу рецидивів гриж міжхребцевих дисків шляхом інтраопераційного епідурального введення поліакриламідного гідрогелю.

8. Інтраопераційне епідуральне введення поліакриламідного гідрогелю із застосуванням техніки зміщення спинномозкового корінця забезпечує достатнє обгортання корінця і в подальшому не супроводжується його дислокацією та деформацією дурального мішка, дозволяє істотно знизити частоту виявлення МРТ-ознак епідурального набряку та геморагії (у ранньому післяопераційному періоді) та частоту виявлення МРТ-ознак епідурального фіброзу (у пізньому післяопераційному періоді), а також пролонгує позитивний клінічний ефект, досягнутий у найближчому післяопераційному періоді.

9. Нейрохірургічне відділення, належний набір мікрохірургічного інструментарію.

10. Профілактика епідурального злукового процесу у хворих після поперекових мікродискектомій

11. Наявність ліквореї

12. Міграція поліакриламідного гідрогелю

**13.** Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73

**14.** Немає.

**15.** Академік НАМН України Педаченко Є.Г.; д.мед.н., проф. Хижняк М.В.; д.мед.н., проф. Педаченко Ю.Є.; к.мед.н. Танасійчук О.Ф.; Крамаренко В.А.; к.мед.н. Красиленко О.П.; к.мед.н. Фурман А.М.

**Контактна особа:** Хижняк М. В. +38 044 4839573.

### **Реєстр. № 76/8/22**

#### **1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ВЕНТРАЛЬНОЇ КОМПРЕСІЇ ХРЕБЕТНОГО КАНАЛУ ПРИ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВІЙ ТРАВМІ**

**2.** НДР «Дослідити механізми та розробити комплекс лікувальних заходів для зменшення інвалідизації та покращення якості життя хворих з хребетно-спинномозковою травмою», номер державної реєстрації: 0119U000110.

**3.** Нейрохірургія.

**4.** 2+; С.

**5.** Немає.

**6.** Немає.

**7.** Пропонується спосіб визначення вентральної компресії хребетного каналу у пацієнтів із хребетно-спинномозковою травмою, який може бути використаний для встановлення оптимального методу хірургічного втручання а також оцінки ступеня ушкодження невральних структур та можливого регресу неврологічних проявів.

**8.** Застосування способу дає можливість об'єктивувати ступінь компресії спинного мозку у пацієнтів із хребетно-спинномозковою травмою, що дозволить визначити оптимальний метод лікування, надати прогноз регресу неврологічних проявів та уніфікувати принципи надання хірургічної допомоги постраждалим із травматичним ушкодженням хребта.

**9.** Персонал для проведення обстеження, обладнання для візуалізації травматичних ушкоджень хребта (рентгенографія, спіральна комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія), що дозволяє отримувати результати належної якості.

**10.** Травматичні ушкодження хребта

**11.** Наявність металевих імплантів та/ або електронних пристроїв (для МРТ)

**12.** Немає

**13.** Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф. Слин'ко Є.І.; PhD Нехлопочин О.С.; к.мед.н. Вербов В.В.

**Контактна особа:** Нехлопочин О. С. +38 044 4839208.

**Реєстр. № 77/8/22**

**1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ГРУДО-ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ЗНАЧНИМ УРАЖЕННЯМ ОПОРНИХ СТРУКТУР**

2. НДР «Дослідити механізми та розробити комплекс лікувальних заходів для зменшення інвалідизації та покращення якості життя хворих з хребетно-спинномозковою травмою», номер державної реєстрації: 0119U000110.

3. Нейрохірургія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб оптимізації хірургічної корекції травматичних ушкоджень грудо-поперекового відділу хребта, що супроводжується значним ураженням опорних структур, який може бути використаний для покращення результатів лікування та зменшення ризиків неспроможності спондилодезу.

8. Застосування способу дає можливість зменшити навантаження на систему стабілізації травмованого хребта, сприяє максимально швидкому формуванню вторинно стабільного спондилодезу та забезпечує мінімальні терміни вертикалізації постраждалих із хребетно-спинномозковою травмою грудо-поперекового відділу.

9. Обладнання операційної, мікрохірургічний інструментарій, обладнання для інтраопераційної рентгенологічної візуалізації, операційний мікроскоп.

10. Травматичні ушкодження грудо-поперекового відділу хребта, що супроводжується значним ураженням опорних структур

11. Нестабільні вітальні функції.

12. Нестабільність конструкції – при неповному відновленні осі хребта, інфікування.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73

14. Немає.

15. Д.мед.н., проф. Слинько Є.І., PhD Нехлопочин О.С., к.мед.н. Вербов В.В.

**Контактна особа:** Нехлопочин О. С. +38 044 4839208

**Реєстр. № 78/8/22**

**1. СПОСІБ ОЦІНКИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМИ АРТЕРІАЛЬНИМИ АНЕВРИЗМАМИ ТА ОКЛЮЗІЙНО-СТЕНОТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ МЕТОДОМ ПЕРФУЗІЙНОЇ МУЛЬТИСПРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ (ПМСКТ)**

2. НДР «Розробити методи диференційованого хірургічного лікування складних артеріальних аневризм головного мозку», номер державної реєстрації: 0119U000113.

3. Променева діагностика та променева терапія; нейрохірургія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб оцінки мозкового кровообігу у пацієнтів з церебральними артеріальними аневризмами та оклюзійно-стенотичними ураженнями брахіоцефальних артерій методом перфузійної мультиспіральної комп'ютерної томографії (ПМСКТ). Оклюзійно-стенотичні ураження артерій можуть бути добре компенсовані або мати клінічні проявлення у вигляді гострого порушення мозкового кровообігу. При виявленні відхилення двох чи більше показників перфузії більше ніж на 10% (CBV, CBF, MTT, TTP) від таких в асимптомній гемісфері, гіперперфузія головного мозку вважається гемодинамічно значущою.

8. Дозволить зменшити діагностичну похибку з обґрунтуванням подальшого маршруту пацієнта та визначення лікувальної тактики, що зменшить тривалість перебування хворого у закладі відповідного рівня надання медичної допомоги за пакетом послуг медичних гарантій «гострий інсульт»; скорить час від виникнення клінічних проявів захворювання (вторинне ураження головного мозку внаслідок церебрального вазоспазму) до надання високоспеціалізованої допомоги. Очікувані *соціально-економічні* наслідки: зменшення рівня інвалідності та смертності від мозкового інсульту та його наслідків, оптимізація витрат на надання медичних послуг за пакетами медичних гарантій НЦЗУ хворим на цереброваскулярні захворювання. Поліпшення якості життя та здоров'я населення, ефективності діагностики та лікування хворих.

9. Перелік кадрових ресурсів: лікар-лаборант; лікар-рентгенолог у складі рентгенологічного відділення згідно ліцензійних вимог регламентованих МОЗ України та НЦЗУ до кадрового складу рентгенологічного відділення. Перелік необхідних лікарських засобів: зареєстровані до використання в Україні контрастні речовини. Перелік необхідного обладнання: інжектор для введення контрастної речовини; 160-зрізовий і більше комп'ютерний томограф. Перелік виробів медичного призначення: сумісні з інжектором для введення контрастної речовин стерильні лінії, колби/шприці для введення контрастних речовин.

10. Ідентичні до показань щодо призначення перфузійної комп'ютерної томографії головного мозку.

11. Ідентичні до протипоказань щодо призначення перфузійної комп'ютерної томографії головного мозку та введення контрастних речовин

12. Немає відмінностей від можливих ускладнень при виконанні комп'ютерної томографії головного мозку з внутрішньовенним інжекторним введенням контрастної речовини.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73

14. Немає.

15. Комарницький В.П.; д.мед.н., проф. Орлов М.Ю.; д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.; Яковенко І.Л.; д.мед.н. Литвак С.О.; к.мед.н. Єлейник М.В.; PhD Биндю А.В.

**Контактна особа:** Комарницький В.П. +38 044 4839573.

**1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТОМИ ТА ОТРИМАННЯ ФРАГМЕНТІВ ТКАНИН (БІОПСІЇ) ПРИ ІНТРАКРАНІАЛЬНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ**

2. НДР «Розробити клініко-морфологічні критерії обсягу хірургічних втручань при пухлинах головного мозку у дітей молодшого віку з урахуванням ступеня ризику та якості життя хворого», номер державної реєстрації: 0119U000109.

3. Нейрохірургія.

4. З; D.

5. Заявка на корисну модель U 2021 07828 від 30.12.2021р.

6. Немає.

7. Винахід відноситься до медицини, а конкретно до методів та пристроїв, що використовуються в нейрохірургії для лікування та діагностики патології ЦНС, яка супроводжується надлишком ліквору в порожнині черепа і може бути використаний для підвищення ефективності комплексного лікування такої патології та зменшення кількості ускладнень.

Задачею запропонованого винаходу є розробка більш безпечного та ефективного пристрою для формування стом інтракраніального дренирування.

Поставлена задача вирішується тим, що забір фрагментів тканини, або формування стоми здійснюється за допомогою пристрою, який складається з наступних елементів: циркулярний ніж у вигляді полого металевого циліндра (зовнішній діаметр 2,3 мм. внутрішній діаметр 1,7 мм., довжиною 210 мм., який проксимально має конектор типу Luer lock, дистально – циркулярний ріжучий край, кут загострення 75°), полімерного гнучкого катетера (зовнішній діаметр 3,2 мм. внутрішній діаметр 2,8 мм., довжина 150-450 мм., діаметр з двома конекторами типу Luer lock та двоходовим краном), шприцу медичного об'ємом 2,5- 5 мл. Маніпуляції (формування стоми або отримання фрагментів тканин для гістологічного дослідження) проводяться через інструментальний канал ендоскопа при проведенні ендоскопічної операції в порожнині черепа.

8. Забезпечує скорочення часу операції; знижує ризики пошкодження кровоносних судин та краніальних нервів.

9. Для впровадження нововведення є необхідним наявність в лікувально-профілактичному закладі, III-IV рівнів акредитації, обладнання для проведення ендоскопічних інтракраніальних втручань, підготовлених для проведення цих втручань спеціалістів (лікарів-нейрохірургів).

10. Патологія ЦНС, яка супроводжується надлишком ліквору в порожнині черепа - гідроцефалія оклюзійного генезу, лікворні кісти в порожнині черепа, пухлини головного мозку, які супроводжуються гідроцефалією.

11. Загальні протипоказання до ендоскопічних втручань в порожнині черепа, специфічних протипоказань не має.

12. Очікуваний рівень ускладнень має бути меншим в порівнянні із використанням традиційних методів проведення ендоскопічних втручань в порожнині черепа.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73

14. Немає.

15. Д.мед.н., проф. Вербова Л.М.; PhD Волощук О.С.; к.мед.н. Марущенко Л.Л.; к.мед.н. Михалюк В.С.; Молодецький О.М.; Плавський М.В.; к.мед.н. Проценко І.П.; Свист А.О.

**Контактна особа:** Михалюк В. С. +380 730913406.

### Реєстр. № 80/8/22

**1. ЗАСТОСУВАННЯ АПАРАТУ NIM3 ДВОХКАНАЛЬНОГО, В МОДИФІКАЦІЇ ЗАПРОПОНОВАНИЙ АВТОРАМИ, ДЛЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО МОНІТОРИНГУ 2-Х І БІЛЬШЕ ЧЕРЕПНИХ РУХОВИХ НЕРВІВ ПІД ЧАС ІНГАЛЯЦІЙНОГО НАРКОЗУ НА СТРУКТУРАХ СУБТЕНТОРІАЛЬНОЇ КРАНІОБАЗАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ**

2. НДР «Дослідити ефективність хірургічного лікування невралгій трійчастого нерва на основі аналізу віддалених результатів», номер державної реєстрації: 0119U000108.

3. Нейрохірургія.

4. 2++; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Використання даної технології дозволяє проводити інтраопераційний електронейромоніторинг двох і більше рухових черепних нервів за допомогою двоканального електронейростимулятора методом встановлення на етапі підготовки до операції двох і більше реєструючих голкових електродів (за потребою моніторингу) з послідовним поетапним по ходу операції за потребою хірурга під'єднанням реєструючих електродів до електронейростимулятора нейрофізіологом та проведенням ним моніторингу.

8. *Соціальний ефект* полягає у можливості проведення інтраопераційного електронейромоніторингу двох і більше рухових черепних нервів за допомогою двоканального електронейростимулятора при операціях видалення пухлин краніобазальної локалізації великих розмірів, що залучають чи компресують декілька черепних нервів і виникає потреба їх анатомічної верифікації та для контролю їх функції з метою збереження їх цілісності та функціональної здатності, а відповідно покращення результатів лікування цієї важкої категорії онкологічних хворих. *Економічний ефект* полягає у використанні двоканального електронейромонітору, що є більше ніж вдвічі дешевшим за інші багатоканальні апарати та можливості виконання інтраопераційного моніторингу рухових нервів без залучення нейрофізіолога.

9. Кадровий ресурс: нейрохірурги. Апарат для інтраопераційного нейромоніторингу двоканальний (NIM3 чи аналоги), набір електродів для рухових нервів.

10. Нейрохірургічні втручання на структурах краніобазальної стовбурово-

парастовбурової локалізації

**11.** Протипоказання до застосування відсутні.

**12.** Можливе неотримання сигналу з нервів, що підлягають інтраопераційному контролю внаслідок порушення контакту електродів чи зміни глибини наркозу. Шляхи усунення: належна установка та фіксація електродів до операції, перевірка контактів під час операції; контроль глибини наркозу протягом операції.

**13.** Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73.

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н. Федірко В. О.

**Контактна особа:** Федірко В. О.+380 677679735.

### Реєстр. № 81/8/22

## **1. МІКРОСУДИННА ДЕКОМПРЕСІЯ КОРІНЦЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ПРИ НЕВРАЛГІЇ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ПРИ ВЕРТЕБРАЛЬНІЙ/БАЗИЛЯРНІЙ КОМПРЕСІЇ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ЗМОДЕЛЬОВАНОГО ФРАГМЕНТУ НЕРОЗВОЛОКНЕНОГО ТЕФЛОНУ У ФОРМІ V-ПОДІБНОЇ РОЗПІРКИ МІЖ АРТЕРІЄЮ ТА ТЕНТОРІУМОМ ЗІ ЗМІЩЕННЯМ КОРІНЦЯ НЕРВА ІЗ ЗОНИ КОМПРЕСІЇ ТА УТРИМАННІ ЙОГО ПОЗА ЗОНОЮ ВЕКТОРУ ПУЛЬСАТОРНОЇ ХВИЛІ ЗА ДОПОМОГОЮ ФРАГМЕНТУ НЕРОЗВОЛОКНЕНОГО ТЕФЛОНУ**

**2.** НДР «Дослідити ефективність хірургічного лікування невралгій трійчастого нерва на основі аналізу віддалених результатів», номер державної реєстрації: 0119U000108.

**3.** Нейрохірургія.

**4.** 2-; D.

**5.** Немає.

**6.** Немає.

**7.** При наявності вертебральної/базиллярної компресії корінця трійчастого нерва при операції мікросудинної декомпресії сама декомпресія виконується шляхом застосування змодельованого фрагменту нерозволокненого тефлону у формі V-подібної розпірки між артерією та тенторіумом зі зміщенням корінця нерва із зони компресії та утриманні його поза зоною вектору пульсаторної хвилі за допомогою фрагменту нерозволокненого тефлону.

**8.** В результаті застосування запропонованого нововведення досягнуто регресу больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді і з тривалим віддаленим ефектом.

**9.** Наявні ресурси достатні.

**10.** Випадки невралгії трійчастого нерва обумовлені компресією хребцевою чи базиллярною артерією, що компресують нерв у напрямку тенторіуму і не можуть бути репозиціоновані стандартним методом мікросудинної декомпресії

11. Немає.

12. Для запобігання помилок і ускладнень при використанні наукової продукції запропоноване нововведення повинно виконуватись у високоспеціалізованому, з великим досвідом, закладі по виконанню операцій мікросудинної декомпресії черепних нервів.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73.

14. Немає.

15. Д.мед.н. Федірко В. О.

**Контактна особа:** Федірко В. О.+380 677679735.

### **Реєстр. № 82/8/22**

#### **1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПОЛПШЕННЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ КИСТІ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ПРОМЕНЕВОГО НЕРВУ**

2. НДР «Удосконалити методи диференційованого лікування хворих з больовими синдромами, обумовленими бойовими ушкодженнями периферичної нервової системи», номер державної реєстрації: 0119U000112.

3. Нейрохірургія.

4. 2+; С.

5. Заявка на корисну модель u 2021 07829, від 30.12.2021р.

6. Немає.

7. Винахід відноситься до медицини, а саме до відновної нейрохірургії периферичної нервової системи і може бути використаний для лікування пацієнтів з наслідками тяжких ушкоджень променевого нерва.

Нововведення полягає в тому, що пацієнтам з тяжкими ушкодженнями променевого нерва (в т.ч., з вогнепальною травмою, поєднання відкритого ушкодження нерва з тракційним) після проведення хірургічного лікування, на ушкоджену кінцівку вдягається і фіксується спеціальний ортез на рівні кисті-променевого-зап'ясткового суглобу та до середньої третини передпліччя, який дає змогу фіксувати кисть пацієнта з можливістю зміни кута положення, забезпечує розгинання в суглобі та пальцях за рахунок специфічних фіксаторів та еластичних ниток.

8. Застосування нововведення дозволить покращити якість результатів хірургічного лікування пацієнтів з тяжкими ушкодженнями променевого нерва. Отримані дані підтверджують відновлення в більш короткі терміни рухової функції верхньої кінцівки у хворих після тяжких ушкоджень променевого нерва, скорочення термінів повернення до користування ушкодженою кінцівкою після проведення хірургічного лікування, більш виражений хірургічний та реабілітаційний ефект; підтверджена економічна доступність та ефективність.

9. Нейрохірургічне відділення.

**10.** Пацієнтам з нейропатією променевого нерва після проведення хірургічного лікування, направлено на відновлення структури і функції ушкодженого нерва; пацієнтам після проведеної транспозиції м'язів передпліччя для поліпшення стабілізації кисті при застарілій травмі променевого нерва; пацієнтам з ушкодженням плечового сплетення для поліпшення функціональної здатності кисті та пальців.

**11.** Наявність гнійних запальних вогнищ на шкірі та м'яких тканинах передпліччя та кисті; присутність виражених трофічних розладів на поверхні передпліччя та пальцях кисті; наявність виражених когнітивних і психічних розладів у хворого.

**12.** При надмірному положенні розгинання кисті та пальців при фіксації кінцівки в ортезі можливе виникнення дискомфорту та больових відчуттів в передпліччі та променево-зап'ястковому суглобі; при забезпеченні фіксації кисті та пальців в певному положенні за допомогою ортеза рекомендовано поступове збільшення кута позиції кисті в післяопераційному періоді для забезпечення максимально наближеного положення до фізіологічного; для уникнення потенційного виникнення контрактур рекомендовано уникнення тривалої фіксації кисті в одному положенні; пацієнту надається ортез для індивідуального користування лише після проведення детального інструктажу лікарем для уникнення помилок та ускладнень при користуванні.

**13.** Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73

**14.** Немає.

**15.** Академік НАН та НАМН України, д.мед.н., проф. Цимбалюк В.І.; д.мед.н., проф. Третяк І.Б., к.мед.н. Гацький О.О.; PhD Цимбалюк Я.В.

**Контактна особа:** Цимбалюк Я. В. +380 978488881.

### **Реєстр. № 83/8/22**

#### **1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АДЕНОМ ГІПОФІЗУ З ІНФРАСЕЛЯРНИМ РОСТОМ**

**2.** НДР «Удосконалити ендоскопічні розширені ендоназальні доступи до основи черепа», номер державної реєстрації: 0119U000107.

**3.** Нейрохірургія.

**4.** 3; D.

**5.** Патент України на корисну модель № 135095. МПК А61В 5/055. «Спосіб діагностики аденом гіпофізу з інфраселярним ростом». Аксьонов Р.В., Гук А.П., Паламар О.І., Оконський Д.І., Цвирінько І.Р. опубл. 10.06.2019. – Бюл. №11.

**6.** Немає.

**7.** Спосіб діагностики аденом гіпофізу з інфраселярним ростом, що є методом діагностики, при якому хворим із інфраселярними аденомами гіпофіза проводять магнітнорезонансну томографію (МРТ) турецького сідла, далі за допомогою розробленої авторами програми проводять порівняльне накладення цих МРТ знімків на МРТ-знімок турецького сідла середньостатистичної людини у сагітальній проекції, далі проводять вимірювання по лінії від передньої стінки основної пазухи

(ostium) до дна турецького сідла, відстань від передньої стінки основної пазухи до передньої поверхні інфраселярної аденоми гіпофізу, далі, згідно з отриманими даними, проводять оцінку ступеня розповсюдження інфраселярної аденоми гіпофізу на клиновидну пазуху за наступною шкалою: Grade 0 - нормальний розмір турецького сідла, об'єм основної пазухи не змінений, Grade 1 - збільшення розмірів турецького сідла, при якому досліджувана відстань складає 12-10 мм (зменшення об'єму основної пазухи на 1/3), Grade 2 - збільшення розмірів турецького сідла, при якому досліджувана відстань складає 9-6 мм (зменшення об'єму основної пазухи на 2/3), Grade 3 - збільшення розмірів турецького сідла, при якому досліджувана відстань складає менше 5 мм (зменшення об'єму основної пазухи на 2/3).

**8.** Запропонований спосіб має такі переваги: можливість експрес-діагностики стану пухлини в доопераційному періоді, що дозволяє раніше оцінити перебіг даної патології; можливість неінвазивної діагностики із використанням лише стандартних і добре розповсюджених методів нейровізуалізації, а саме – МРТ.

**9.** Для практичного застосування способу необхідні наявність МРТ та лікар-радіолог.

**10.** Наявність у пацієнта аденоми гіпофізу з інфраселярним ростом.

**11.** Відсутні.

**12.** Можливі деякі похибки при розрахунках, які зумовлені порушеннями технології виконання методики. Для їх запобігання необхідно чітко дотримуватися технології застосування методики.

**13.** Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н. Аксьонов Р.В.; к.мед.н. Гук А.П.; к.мед.н. Паламар О.І.; Оконський Д.І.; Цвирінько І.Р.

**Контактна особа:** Аксьонов Р. В. +380 931075356.

## **НЕОНАТОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 84/8/22**

#### **1. ВИКОРИСТАННЯ БІОХІМІЧНОГО МАРКЕРА У ДІАГНОСТИЦІ ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩОЇ ВІДКРИТОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ПРОТОКИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

**2.** НДР «Удосконалення методів діагностики, лікування і профілактики найпоширеніших захворювань дитячого віку», номер державної реєстрації: 0117U001083.

**3.** Дитячі хвороби.

**4.** 2+С.

**5.** Інформаційний лист. Львів; 2021. Автори: ас. Поцюрко С.О., д. мед. наук, проф. Добрянський Д.О.

6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).

7. У 30% недоношених новонароджених з терміном гестації <32 тиж. виявляють гемодинамічно значущу відкриту артеріальну протоку (гзВАП), яка може бути причиною набряку легень і дихальної недостатності. Водночас немає чіткого консенсусу щодо єдиних критеріїв визначення дійсної гемодинамічної значущості ВАП та загальновизнаної тактики допомоги таким дітям. Це визначило доцільність пошуку альтернативних ранніх прогностичних ознак гзВАП. Зокрема, встановлено, що визначення аміно-термінального сегменту натрійуретичного пептиду В-типу (NT-proBNP) якомога скоріше після народження допомогло би передбачити не лише формування гзВАП, а і відповідь на її фармакологічне лікування. Так, концентрація NT-proBNP у сироватці крові недоношених новонароджених з ВАП діаметром > 1, 5 мм в перші 2-3 доби життя дозволяє вірогідно прогнозувати формування гзВАП, а вміст NT-proBNP  $\geq$  12000 пг / мл характеризується 100% чутливістю і 80% специфічністю щодо майбутнього розвитку гзВАП.

8. Визначення сироваткових концентрацій NT-proBNP у перші дні життя для діагностики або прогнозування виникнення гзВАП у передчасно народжених дітей з терміном гестації <32 тиж. може бути важливим діагностичним критерієм у випадках відповідної клінічної підозри і відсутньої можливості ехокардіографічного обстеження. Для формування групи ризику і визначення потреби медикаментозного лікування при таких захворюваннях.

9.

10. Передчасно народжені діти з терміном гестації <32 тиж.

11. Відсутні.

12. Не передбачається.

13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032)2553129.

14. Відсутні.

15. Д.мед.н, проф. Добрянський Д.О.

**Контактна особа:** Добрянський Д.О. +380 685435629.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я**

**Реєстр. № 85/8/22**

### **1. ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЗОКРЕМА ЛІКАРІВ ДО РІЗНОМАНІТНИХ АСПЕКТІВ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

2. НДР «Наукове обґрунтування створення якісно нової системи профілактики неінфекційних захворювань та удосконалення моделі керованої медичної допомоги на рівні багато профільного закладу охорони здоров'я в умовах функціонування єдиної медичної інформаційної системи», номер державної реєстрації: 0119U001047

3. Профілактична медицина, соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.

4. 2+, С.

5. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 106 – 2020 «Самооцінка системи управління медичною профілактикою у багатопрофільному закладі охорони здоров'я за функціональною методикою», автори: Гандзюк В.А., Кондратюк Н.Ю.

6. Немає.

7. Впровадження даної розробки дозволить шляхом вивчення ставлення медичного персоналу, зокрема лікарів до різноманітних аспектів медичного обслуговування оцінити рівень задоволеності своєю діяльністю, мотивацію до надання якісних профілактичних медичних послуг, ступінь залучення та поінформованість про основні засади управління профілактикою на рівні закладу охорони здоров'я.

Оцінка управління профілактикою у багатопрофільному ЗОЗ проводилась за авторським адаптованим опитувальником, в рамках загальноприйнятої функціональної методики. Не дивлячись на те, що опитувальник не описує увесь повний перелік функцій управління, він передбачає аналіз п'яти класичних за Ф. Тейлором та А. Файоном управлінських функцій, які формують «скелет» системи управління і відповідно можуть вважатися за оціночні критерії.

Протокол самооцінки традиційно складався із п'яти основних розділів, котрі позиціонують основні функції управління – планування, організації, мотивації, координації та контролю.

Кожен з п'яти критеріїв містить п'ять субкритеріїв і таким чином, функціональна оцінка об'єднує 25 оціночних категорій. Кожна категорія оцінюється максимум у 4 бали, відповідно кожна функція-критерій може набрати 20 балів, а еталонна оцінка системи управління загалом – 100 балів.

Першим визначено критерій «Прогнозування/Планування», у цьому блоці ми визначали рівень обізнаності лікарів Клініки щодо проведення заходів з планування програм медичної профілактики, розробки індивідуальних профілактичних програм з урахуванням факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань, планування обсягів надання профілактичних послуг та планування витрат.

Другим блоком традиційно визначено критерій «Організація», який складається із п'яти субкритеріїв, котрі, в свою чергу, сформульовано так, що медичні працівники змогли оцінити наскільки у ЗОЗ розроблено алгоритм взаємодії між первинним та вторинним рівнем надання медичної допомоги при проведенні профілактичних заходів, чи створено регламентуючі документи щодо проведення профілактичних втручань, чи є достатніми умови для постійного вдосконалення та розвитку профілактичних технологій, наскільки ефективно врегульовано процес надання профілактичних послуг – чи створено відділення профілактики, долікарський кабінет та чи відчувають пацієнти потребу у проходженні профілактичних оглядів.

До третього блоку «Мотивація» увійшли субкритерії котрі дозволили нам визначити наскільки потужними є лідерські якості та авторитет керівників структурних підрозділів залучених до проведення профілактичних заходів, чи

створено систему безперервного навчання (без відриву від лікувального процесу) для медичного персоналу, залученого до проведення профілактичних заходів, задоволеність умовами праці та наявність мотиваційної системи для персоналу, залученого до проведення профілактичних заходів.

До критерію «Координація» нами віднесено групу субкритеріїв котрі дають можливість визначити чи у ЗОЗ проводиться планування та координація надання профілактичних послуг відділенням профілактики, чи розроблено та впроваджено наскрізні протоколи надання профілактичних послуг, чи аналізуються звернення споживачів цих послуг, чи постійно проводиться робота щодо уточнення (корекції) планів проведення профілактичних заходів, а також використання у практиці телемедичних технологій.

До п'ятого блоку «Контроль» ми віднесли критерії, котрі дозволяють охарактеризувати систему оцінки якості профілактичної діяльності, систему оцінки результативних показників профілактичної діяльності, впроваджену систему обліку витрат на проведення профілактичних заходів та проведення аналізу планових та фактичних результативних показників профілактичної діяльності.

**8.** Перевагою є те, що запровадження самооцінки системи управління профілактикою на рівні ЗОЗ дозволить здійснювати систематичний аналіз її стану за наявними критеріями та деталізацію за субкритеріями для прийняття науково-обґрунтованих рішень щодо її удосконалення.

**9.** Залучення додаткових ресурсів не потребує.

**10.** Показано для використання в практиці керівників закладів охорони здоров'я, які приймають управлінські рішення.

**11.** Немає.

**12.** Ускладнення не спостерігалися.

**13.** Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н., доц. Кондратюк Н.Ю.; к.мед.н. Гандзюк В. А.

**Контактна особа:** Гандзюк В. А. +38 044 2847106.

### **Реєстр. № 86/8/22**

#### **1. ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**2.** НДР «Наукове обґрунтування створення якісно нової системи профілактики неінфекційних захворювань та удосконалення моделі керованої медичної допомоги на рівні багатопрофільного закладу охорони здоров'я в умовах функціонування єдиної медичної інформаційної системи», номер державної реєстрації: 0119U001047.

**3.** Профілактична медицина, соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.

**4.** 2+; С.

**5.** Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 107 – 2020 «Вивчення ставлення до власного здоров'я пацієнтів багатопрофільного закладу

охорони здоров'я: інструментарій та основні результати», автори: Гандзюк В.А., Кондратюк Н.Ю., Бурко В.Я.

**6.** Немає.

**7.** Самооцінка здоров'я й розуміння поведінкових тенденцій також важливі для тих, хто ухвалює рішення щодо організації охорони здоров'я, адже така інформація дає змогу відстежувати новітні соціальні тренди, визначати нові цілі для інтервенцій, ідентифікувати цільові аудиторії для втручання, забезпечувати підтримку зацікавлених осіб, оцінити результативність програм, метою яких є протидія ризикованій поведінці тощо. Розробка індивідуальних профілактичних програм, автоматизація цього процесу, мотивація як пацієнтів так і медичного персоналу, формування культури відповідального ставлення до здоров'я – основні засади ефективного управління процесом профілактики.

Розроблені анкети щодо самооцінки стану власного здоров'я, важливості профілактики та ризикованої поведінки сформовано за такими блоками (групами) запитань. Блок-схема електронного опитувальника:

Блок 1 – ставлення до власного здоров'я, до основних засад здорового способу життя і розуміння цього поняття та ставлення до стресових ситуацій (шість запитань змішаного типу, дистракторами виступають готові відповіді та є можливість запропонувати свій варіант та/чи обрати декілька варіантів відповіді).

Блок 2 – ставлення опитаних до профілактики захворювань та профілактичних медичних оглядів (два запитання закритого типу)

Блок 3 – визначення способу життя пацієнта та рівню його рухової активності (два запитання змішаного типу, дистракторами виступають готові відповіді та є можливість запропонувати свій варіант та/чи обрати декілька варіантів відповіді).

Блок 4 – наявність у пацієнтів спадкових та/чи хронічних захворювань та їх обізнаність з цього приводу (чотири запитання закритого типу, дистракторами виступають готові відповіді).

Блок 5 – обізнаність пацієнтів щодо затрат понесених при наданні медичних послуг (примірної вартості медичних послуг) (два запитання закритого типу, дистракторами виступають готові відповіді);.

Блок 6 – оцінка рівню комунікацій між пацієнтом та медичним персоналом закладу охорони здоров'я (чотири запитання змішаного типу, дистракторами виступають готові відповіді та/чи обрати декілька варіантів відповіді).

Блок 7 – ідентифікація пацієнта. Низка запитань змішаного типу для визначення віку, статі, соціального статусу пацієнта та його ідентифікація у медичній електронній системі МІС) тобто номер амбулаторної карти пацієнта (питання анкети від 20 по 23 включно).

**8.** Перевагою є можливість формувати індивідуальний маршрут пацієнта при проходженні щорічних профілактичних медичних оглядів.

**9.** Залучення додаткових ресурсів не потребує.

**10.** Показано для використання в практиці лікарів, які надають первинну медичну допомогу.

**11.** Немає.

**12.** Ускладнення не спостерігалися.

**13.** Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н., доц. Кондратюк Н. Ю.; к.мед.н. Гандзюк В. А.; Бурко В. Я.

**Контактна особа:** Бурко В.Я. +38 044 2847106

## **ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 87/8/22**

#### **1. СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АБАТМЕНТ ЗА ТАРАШЕВСЬКОЮ**

**2.** НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», номер державної реєстрації: 0116U004188.

**3.** Стоматологія ортопедична.

**4.** 2+; С.

**5.** Патент України на корисну модель №148128, МПК(2017.01) А 61С 13/00, А61С 13/235 (2006.01). Стоматологічний абатмент за Тарашевською / Тарашевська Ю.Є. (UA); Шиян Є.Г. (UA). Заявник і патентовласник «УМСА» - №u 2021 00694; Заявл.17.02.2021; Опубл. 07.07.2021, Бюл.№27.

**6.** Не має.

**7.** Запропонований абатмент містить циліндричний корпус із гвинтом для з'єднання з імплантом, а в корпусі абатмента розташовуються неодимові магніти, розташовані співвісно на бічних поверхнях протилежних сторін різнойменними полюсами.

**8.** Використання запропонованого абатмента забезпечує необхідний рівень зчеплення матриці з патрицею, паралельно покращуючи функціональну цінність знімних протезів.

**9.** Наявність абатментів із вмонтованими в них магнітами в асортименті.

**10.** При виготовленні знімних зубних протезів з використанням телескопічних систем фіксації.

**11.** Не має.

**12.** Не має.

**13.** Полтавський державний медичний університет

**14.** Відсутні.

**15.** PhD, Тарашевська Ю.Є.; к.мед.н., доц. Шиян Є.Г.

**Контактна особа:** Тарашевська Ю. Є. +38 05322 609574

### **Реєстр. № 88/8/22**

#### **1. ТЕЛЕСКОПІЧНЕ З'ЄДНАННЯ З РЕТЕНЦІЙНИМ ЗАМКОМ**

**2.** НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», номер державної реєстрації: 0116U004188.

**3.** Стоматологія ортопедична.

4. 2+; С.
  5. Патент України на корисну модель №149914, МПК(2017.01) А 61С 3/70. Телескопічне з'єднання з ретенційним замком / Тарашевська Ю.Є.(UA), Шиян Є.Г.(UA), Цветкова Н.В.(UA); заявник та патентовласник ПДМУ - № u 2021 03453; Заявл.17.06.2021; Опубл. 15.12.2021, Бюл.№50.
  6. Не має.
  7. Запропоноване телескопічне з'єднання включає зовнішню і внутрішню коронки циліндричної форми на зовнішній поверхні внутрішньої коронки знаходиться колове заглиблення у якому розміщується пружинисте кільце з ретенційним замком.
  8. Використання запропонованого телескопічного з'єднання з ретенційним замком забезпечує необхідний рівень зчеплення матриці з патрицею, паралельно покращуючи функціональну цінність знімних протезів.
  9. Наявність досліджуваних пар телескопічного з'єднання «патриця-матриця» та пружинистого кільця з ретенційним замком.
  10. При виготовленні знімних зубних протезів з використанням телескопічних систем фіксації.
  11. Не має.
  12. Не має.
  13. Полтавський державний медичний університет
  14. Відсутні.
  15. PhD Тарашевська Ю.Є.; к.мед.н., доц. Шиян Є.Г.; к.мед.н., доц. Цветкова Н.В.
- Контактна особа:** Тарашевська Ю. Є. +38 05322 609574

### **Реєстр. № 89/8/22**

1. **ТЕЛЕСКОПІЧНЕ МАГНІТНЕ З'ЄДНАННЯ**
2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», номер державної реєстрації: 0116U004188.
3. Стоматологія ортопедична.
4. 2+; С.
5. Патент України на корисну модель №148127, МПК (2021.01) А61С13/00, А 61С 13/235 (2006.01) Телескопічне магнітне з'єднання / Тарашевська Ю.Є.(UA); Шляховий В.П. (UA); Шиян Є. Г.(UA); заявник і патентовласник «УМСА» - № u 2021 00693; Заявл. 17.02. 2021; Опубл. 07.07.2021, Бюл.№27.
6. Не має.
7. Запропоноване телескопічне з'єднання складається з внутрішнього елемента - “патриці” та зовнішнього елемента - “матриці”. До них додатково введені магніти однакового розміру, не менше двох пар, розташованих на бічних поверхнях із протилежних сторін різнойменними полюсами.
8. Використання запропонованого телескопічного магнітного з'єднання забезпечує атравматичний вплив на протезне ложе, дозовану фіксацію часткових знімних протезів, як під час функціональних навантажень так і у їх відсутність.
9. Наявність або власноруч виготовлених пар телескопічного з'єднання «патриця-матриця» та розташованих в них магнітів.

10. При виготовленні знімних зубних протезів з використанням телескопічних систем фіксації.
  11. Не має.
  12. Не має.
  13. Полтавський державний медичний університет
  14. Відсутні.
  15. PhD Тарашевська Ю.Є.; Шляховий В.П, к.мед.н., доц. Шиян Є.Г.
- Контактна особа:** Тарашевська Ю. Є. +38 05322 609574.

### **Реєстр. № 90/8/22**

1. **ТРАНСФУЗІЙНО-ІНФУЗІЙНА СИСТЕМА ЗА ТАРАШЕВСЬКОЮ**
  2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», номер державної реєстрації: 0116U004188.
  3. Стоматологія ортопедична.
  4. 2+; С.
  5. Патент України на корисну модель Україна №148816, МПК А61J 1/05 (2006.01). Трансфузійно - інфузійна система за Тарашевською / Тарашевська Ю.Є. (UA), Шиян Є.Г. (UA).; заявник і патентовласник ПДМУ - № u 2021 01008; Заявл.01.03. 2021; Опубл. 22.09.2021, Бюл.№38.
  6. Не має.
  7. Трансфузійно-інфузійна система складається з транспортної (ін'єкційної) частини та активного гофрованого контейнера, виготовленого з пружно-еластичного матеріалу.
  8. Запропонована трансфузійно-інфузійна система може бути використана в різноманітних екстремальних умовах або в зоні виникнення військових конфліктів та при відсутності гравітаційного середовища, наприклад у космосі.
  9. Наявність, промислово виготовлених, активних трансфузійно-інфузійних контейнерів.
  10. При проведенні трансфузійно-інфузійних етапів лікування пацієнтів.
  11. Не має.
  12. Не має.
  13. Полтавський державний медичний університет
  14. Відсутні.
  15. PhD Тарашевська Ю.Є.; к.мед.н., доц. Шиян Є.Г.
- Контактна особа:** Тарашевська Ю. Є. +38 05322 609574.

### **1. УНІВЕРСАЛЬНИЙ МАНІПУЛЯТОР ДЛЯ ЕНДОССАЛЬНОЇ ЕЛЕВАЦІЇ ІМПРЕСОВАНИХ (ВТИСНЕНИХ) КІСТКОВО-ХРЯЦЦОВИХ ФРАГМЕНТІВ ПРИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМАХ**

2. НДР «Шляхи оптимізації репаративної регенерації кістково-м'якотканинних структур та реабілітації хворих з ураженнями органів опори та руху в залежності від структурно-функціонального стану тканин та умов фіксації», номер державної реєстрації: 0114U005451.

3. Ортопедія і травматологія.

4. 3D.

5. Патент на корисну модель № 148538

6. -

7. Універсальний маніпулятор, який передбачає ендоссальну елевацію імпресованих (втиснених) кістково-хрящових фрагментів при внутрішньосуглобових переломах, який відрізняється тим, що цільний металевий циліндричний гладкий S-подібно вигнутий по довжині стержень має протилежні робочі торці циліндричної та прямокутної форми.

8. Універсальний маніпулятор для ендоссальної елевації імпресованих (втиснених) кістково-хрящових фрагментів при внутрішньосуглобових переломах дозволяє виконати репозицію відламків суглобової поверхні без виконання артротомії, що зменшує обсяг оперативного доступу, тривалість операції та покращує функціональні результати лікування хворих з внутрішньосуглобовими переломами. Форма маніпулятора покращує його репозиційну здатність виконати елевацію імпресованого кісткового фрагмента влюбій частині метаепіфізу.

9. Не потрібно

10. Внутрішньо-суглобові переломи довгих кісток кінцівок аз наявності імпресованих (втиснених) кісткових уламків

11. Переломи без зміщення. Абсолютні та відносні протипоказання до будь-яких оперативних втручань.

12. Відсутність якісної репозиції уламків: необхідно ретельне передопераційне планування доступу, з якого слід ввести елеватор для репозиції уламків, відповідно від їх розміру, локалізації та виду.

Утворення додаткових уламків в ділянці перелому внаслідок прикладання надмірної сили (ударів молотка) при репозиції. Необхідне дозоване мануальне та інструментальне (дистрактор) зусилля при виконанні репозиції.

13. Івано-Франківський національний медичний університет

14. Відсутні.

15. Д.мед.н., проф., Сулима В.С.; Бігун Р. Р.

**Контактна особа:** Бігун Р. Р. +380 994803050.

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ**
  2. «Діагностика та лікування хворих з пошкодженнями та захворюваннями опорно-рухового апарату», номер державної реєстрації: 0118U004258.
  3. Травматологія та ортопедія.
  4. 1+А.
  5. Патент на корисну модель: № 123569,26.02.2018, Бюл. № 4; МПК А61В 17/56 (2006.01), А61В 17/58 (2006.01); «Спосіб лікування переломів великогомілкової кістки» // Власники: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26, м.Запоріжжя, 69035, UA, Яцун Євген Володимирович, пр. Маяковського, 20, кв.34, м.Запоріжжя, 69000, UA, Чорний Вадим Миколайович, вул. Шкільна, 34, кв.55, м.Запоріжжя, 69002, UA, Головаха Максим Леонідович, вул. Уральські казарми, 84, м.Запоріжжя, 69068, UA, Івченко Дмитро Валерійович, квартал Норинського, 1, кв 145, м.Луганськ, 91142, UA.
  6. Немає..
  7. Хворому проводять репозицію кісткових уламків, фіксацію відламків штифтом і блокування штифта за допомогою блокуючих елементів, проведених через шкірні розрізи в просвердлені в кістки отвори в області проєкцій дистальних і проксимальних отворів штифта, при цьому як блокуючі елементи використовують гвинти, виготовлені з біодеградуючого модифікованого магнієвого сплаву МЛ – 10.
  8. Підвищення ефективності хірургічного лікування переломів великогомілкової кістки, за рахунок корозії та деструкції гвинта з магнієвого сплаву відсутня необхідність його видалення з організму людини.
  9. Блокуючий гвинт виготовлений з біодеградуючого модифікованого магнієвого сплаву МЛ – 10, спеціальна викрутка для встановлення гвинта.
  10. Хірургічне лікування хворих з перелом кісток гомілки.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра травматології та ортопедії, (061) 766-33-96.
  14. Немає.
  15. Яцун Є.В.; к.м.н., доц. Чорний В.М.; д.м.н., проф. Головаха М.Л.; д.м.н., проф. Івченко Д.В.; д.т.н., проф. Шаломєєв В.А.
- Контактна особа:** Яцун Є.В. +38 061 7663396.

**1. ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ГЛОТКОВО-СТРАВОХІДНОГО СПІВВУСТЯ У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ УТВОРЕННЯ ГОРТАНОГЛОТКИ ТА ГОРТАНІ З ПОШИРЕННЯМ НА СТРАВОХІД.**

2. НДР «Визначити ефективність різних варіантів комбінованого лікування хворих на рак глотки та гортані», номер державної реєстрації: 0119U100493.

3. Онкоотоларингологія.

4. 2++, В

5. Стрежак ВВ, Сережко ЮО, Лукач ЕВ, винахідники; Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», патентовласник. Спосіб пластики фарингоезофагеального анастомозу у хворих із злоякісними утвореннями гортані та гортаноглотки з поширенням на стравохід. Патент України № 143852. 2020 Серп 10.

6. Немає.

7. Ефективні способи хірургічного лікування та реабілітації хворих при видаленні пухлин гортаноглотки є актуальними при злоякісних пухлинах голови та шиї. Після видалення пухлини одразу відновлюється цілісність фаринго-езофагеального дефекту. З цією метою залишки слизової оболонки глотки попередньо мобілізуються сепаруванням та напівциркулярно підшиваються до передхребтової фасції та шкіри. Аналогічне підшивання проводиться і з боку стравоходу, також після попередньої його мобілізації. Таким чином формування задньо-бокової стінки фаринго-езофагеального анастомозу досягається зведенням країв фарингеальної та езофагеальної слизової оболонки. Формування фарингеально-езофагеального анастомозу завершується поперечним ушиванням верхнього та нижнього країв шкіри з напівциркулярно підшитою до передхребтової фасції фарингеальною та езофагеальною слизовою оболонкою

8. Технологія дозволяє провести видалення злоякісної пухлини, створити за рахунок місцевих тканин з фарингеальної слизової оболонки та стравоходу. Передбачається попередня фіксація до передхребтової фасції ділянки співвустя. Завдяки способу повністю відновлюється функція ковтання та пасажу їжі через сформоване співвустя та значно скорочується термін гоєння рани після операції. Існує декілька варіантів формування глотково-стравохідного співвустя. Найтриваліший, коли формується окремо фарингостома і езофагостома. У проміжок між ними вкладається шкіра, яка слугуватиме стінкою між глоткою та стравоходом. Процес реабілітації хворого може тривати до 6 місяців. Іншим є широковідомий спосіб, який включає видалення пухлини гортаноглотки і стравоходу з наступною пластикою шлунковим трансплантатом шляхом накладання анастомозу між ним та ротоглоткою. Шлунковий трансплантат формують у вигляді трубки з великої кривизни із збереженням антрального відділу шлунка на живлячих правій шлунковій і правій шлунково-сальниковій артеріях, потім проводять трансплантат на шию в попередньо сформований за грудинний тунель і формують анастомоз на шиї з ротоглоткою, тим

самим відновлюють прохідність по знову створеному, із шлункової трубки, стравоходу. Суттєвим недоліком даного способу є великий об'єм хірургічного втручання, який потребує участі 2-х хірургічних бригад, його травматичність та довготривалість. Висока складність, яка обумовлені виділенням внутрішніх грудних судин і накладанням мікросудинних анастомозів з наступними міжорганними анастомозами. Велика ймовірність настання таких ускладнень, як неспроможність міжсудинних та міжорганних анастомозів, тромбоз привідних судин, медіастеніт, некроз трансплантата.

**9.** Необхідне обладнання – інструментарій та устаткування для хірургічних втручань на шії.

**10.** Хірургічне лікування та реабілітація хворих на злоякісні пухлин гортані та гортаноглотки з поширенням на стравохід.

**11.** Загальні протипоказання до хірургічних втручань.

**12.** Можливі помилки у ході хірургічного втручання лікарями, які не мають досвіду щодо проведення хірургічних втручань на шії. Потрібні кваліфіковані фахівці.

**13.** Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України», м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

**14.** Немає.

**15.** Стрежак В.В.; к.мед.н. Сережко Ю.О.; д.мед.н., проф. Лукач Е. В.

**Контактна особа:** Стрежак В. В. +38 044 4832202.

### **Реєстр. № 94/8/22**

## **1. ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ СЛУХОВИХ ТА СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ, ЩО ОТРИМАЛИ АКУТРАВМУ**

**2.** НДР «Діагностика, експертиза та підходи до лікування сенсоневральних порушень з дисфункцією центральних відділів слухового аналізатора внаслідок акутравматичного ураження слухової системи в реальних бойових умовах», номер державної реєстрації: 0118U000195.

**3.** Отоларингологія.

**4.** 2++, В

**5.** Шидловська ТА, Шидловська ТВ, Козак МС, Овсяник КВ, Козак-Волошаненко ЮМ, Петрук ЛГ, винахідники; Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», патентовласник. Спосіб визначення ступеня тяжкості слухових та судинних порушень у осіб, що отримали акутравму. Патент України № 134867. 2019 Черв 10.

**6.** -

**7.** Внаслідок впливу звуків високої інтенсивності (акубаротравми) виникають значні ушкодження структур слухової системи, а також зміни у стані мозкового кровообігу та центральної нервової системи (ЦНС). Поєднання таких комплексних проявів обумовлює тяжкість стану пацієнтів та складність їх лікування. Особливо це стосується акутравматичних уражень в зоні бойових дій. Пропонується у осіб з акутравмою додатково досліджувати мозковий кровообіг і функціональний стан ЦНС та співставляти отримані результати з даними про порушення слухової функції

для формування обґрунтованого висновку про тяжкість ураження. Запропонований підхід включає в себе оцінку слухової функції з урахуванням кількісних показників стану мозкового кровообігу та біоелектричної активності головного мозку, що дозволяє більш точно, комплексно і об'єктивно оцінити ураження та цілеспрямовано призначити лікування. Такий підхід дає можливість об'єктивізувати проведення експертизи та прогнозування перебігу та результатів лікування.

**8.** Розробка дозволяє за рахунок отримання додаткових кількісних показників комплексного обстеження (церебральної геодинаміки і біоелектричної активності головного мозку) та їх подальшого аналізу підвищити достовірність, точність та інформативність оцінки тяжкості перебігу слухових та судинних порушень у осіб, що отримали акутравму. Це дозволить проводити цілеспрямоване і більш адекватне лікування, прогнозування перебігу, а також медико-соціальну експертизу, особливо у військовослужбовців, які отримали тяжку акубаротравму в реальних бойових умовах.

**9.** Необхідне обладнання – аудіометр (клінічний або діагностичний), устаткування для об'єктивної оцінки стану мозкового кровообігу та біоелектричної активності головного мозку, кваліфікований персонал.

**10.** Надання допомоги постраждалим, які отримали акутравму, особливо в умовах проведення бойових дій, вирішення експертних питань

**11.** Немає

**12.** Можливі помилки у ході виконання інструментального обстеження та інтерпретації отриманих результатів. Потрібен кваліфікований персонал

**13.** Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України», м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф. Шидловська Т.А.; д.мед.н., проф. Шидловська Т. В.; д.мед.н. Петрук Л. Г.

**Контактна особа:** Шидловська Т. А. +38 044 4832986.

### **Реєстр. № 95/8/22**

#### **1. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТОРУ З ВИКОРИСТАННЯМ МОДИФІКОВАНОГО ТРАНСОРАЛЬНОГО ДОСТУПУ**

**2.** НДР: «Удосконалення діагностики та лікування хворих з новоутвореннями парафарингеального простору», номер державної реєстрації: 0120U101115.

**3.** Отоларингологія.

**4.** 2++, D

**5.** Заболотний ДІ, Заболотна ДД, Нестерчук ВІ, Цвірінько ІР, Кізім ЯВ, Ісмагілов ЕР, винахідники; Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», патентовласник. Спосіб хірургічного лікування доброякісних новоутворень парафарингеального простору. Патент України № 142783. 2020 Черв 25.

**6.** -

7. Пропонується спосіб видалення доброякісних новоутворень парафарингеального простору трансоральним доступом, який здійснюється шляхом розтину слизової оболонки по задній піднебінній дужці (боковій стінці глотки) від кореня язика доверху, з можливістю продовження в тому чи іншому напрямку при наявності великого новоутворення. Такий підхід забезпечує можливість збереження архітекτονіки піднебінного мигдалика та м'якого піднебіння. В результаті застосування запропонованого доступу в післяопераційному періоді у пацієнтів з доброякісними новоутвореннями парафарингеального простору функції глотки відновлюються значно скоріше в порівнянні з традиційною методикою.

8. Простота виконання; краща візуалізація операційного поля; зменшення інвазивності та травматичності хірургічного втручання; менше виражений больовий синдром; менша кровоточивість; під час виконання доступу зберігається цілісність м'якого піднебіння та піднебінний мигдалик; в післяопераційному періоді – більш швидке загоювання та відновлення функцій ротоглотки; відсутній тризм в післяопераційному періоді; не потрібне застосування вартісного обладнання.

9. Наявність операційної бригади – лікар-оториноларинголог, лікар-анестезіолог, медична сестра – анестезист, операційна медична сестра, молодша медична сестра; засоби для наркозу; набір ЛОР-інструментів для операції на ротоглотці.

10. Новоутворення парафарингеального простору, які доступні для видалення трансоральним доступом.

11. Загальні протипоказання до хірургічних втручань.

12. Можливі помилки у ході хірургічного втручання лікарями, які не мають досвіду щодо проведення хірургічних втручань на шії. Потрібні кваліфіковані фахівці.

13. Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України», м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

14. Немає.

15. Д.мед.н., проф.академік НАМН України Заболотний Д.І.; д.мед.н., проф. Заболотна Д.Д.; к.мед.н. Нестерчук В.І.; к.мед.н. Цвірінько І.Р.; Кізім Я.В.; к.мед.н. Ісмагілов Е.Р.

**Контактна особа:** Заболотна Д.Д. +380 505068004.

## **ОФТАЛЬМОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 96/8/22**

**1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПРИХОВАНОГО ПІДВИВИХУ КРИШТАЛИКА У ПАЦІЄНТІВ З МІОПІЄЮ СЕРЕДНЬОГО І ВИСОКОГО СТУПЕНЯ ПЕРЕД УЛЬТРАЗВУКОВОЮ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЄЮ КАТАРАКТИ**

2. НДР «Оптимізація лікування хворих на глаукому і міопію при факоемульсифікації катаракти з урахуванням морфо - метаболічних особливостей».

3. Офтальмологія.

4. 3D

5. Деклараційний патент на корисну модель 139602 Україна, МПК А61В 8/10 (2006.01). Спосіб визначення прихованого підвивиху кришталика у пацієнтів з міопією середнього і високого ступеня перед ультразвуковою факоемульсифікацією катаракти / Красножан О.В.; заявник та патентовласник ДЗ “ЗМАПО МОЗ України”. - № u 2019 07032; заявл. 24.06.2019; опубл. 10.01.2020, Бюл №1.

6. -

7. Структури очей вимірюють за допомогою ультразвукового А-сканування в центральній оптичній зоні рогівки на початку в положенні сидячи, а потім в положенні лежачи. Обчислюють при цьому коефіцієнт Lowe за формулою. При збільшенні коефіцієнта Lowe в положенні лежачи діагностують підвивих кришталика І ступеня.

Коефіцієнт Lowe =  $\frac{ГПК + \frac{1}{2}TK}{ПЗВ}$ , де ГПК - глибина передньої камери,

TK - товщина кришталика, ПЗВ – передньо - задня вісь ока.

8. *Клінічна ефективність*: удосконалення способу діагностики прихованого підвивиху кришталика у пацієнтів з міопією середнього і високого ступеня перед ультразвуковою факоемульсифікацією катаракти, що забезпечує, за рахунок використання ультразвукового А-сканування, надійне і точне передопераційне визначення прихованого підвивиху кришталика І ступеню і дозволяє заздалегідь запланувати тактику хірургічного втручання, зменшити інтра- та післяопераційні ускладнення. *Соціальна ефективність*: підвищення якості діагностики прихованого підвивиху кришталика І ступеня при міопії середнього та високого ступеня. *Економічна ефективність*: зменшення кількості випадків інтра- та післяопераційних ускладнень.

9. Ультразвуковий А- скан.

10. Хворі з прихованим підвивихом кришталика при міопії середнього та високого ступеня перед ультразвуковою факоемульсифікацією катаракти.

11. Не існують.

12. Не існують.

13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра очних хвороб. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 236-72-01.

14. Немає.

15. Красножан О. В.

**Контактна особа:** Красножан О. В. +380 955783689.

## ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

Реєстр. № 97/8/22

### **1. СПОСІБ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПРОТОКОВОЇ СИСТЕМИ ГРАНУЛЯРНИХ ПРОТОК ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ**

2. НДР «Експериментально-морфологічне вивчення дії кріоконсервованих препаратів кордової крові та ембріофетоплацентарного комплексу (ЕФПК), дифереліну, етанолу та 1% ефіру метакрилової кислоти на морфофункціональний стан ряду внутрішніх органів», номер державної реєстрації: 0119U102925.

3. Морфологія, патоморфологія.

4. 2+; С.

5. Деклараційний патент України на корисну модель № 145229, МПК G09B 23/28 (2006.01), G03B 35/24 (2006.01), G01N 1/28 (2006.01). Спосіб ремоделювання протокової системи гранулярних проток піднижньощелепних слинних залоз щурів / Шевченко К.В., Єрошенко Г.А., Лічман Д.В., Лисаченко О.Д., Вільхова О.В., Улановська-Циба Н.А.; заявник і патентовласник «УМСА» - № u202004148; Заявл. 08.07.2020; Опубл. 25.11.2020. Бюл. № 22.

6. Не має.

7. Спосіб ремоделювання протокової системи гранулярних проток піднижньощелепних слинних залоз щурів, що включає введення експериментальним тваринам розчину етанолу, який відрізняється тим, що 40<sup>0</sup> – ий розчин вводиться дошлунково, по 12 мг/кг 4 рази на добу.

8. Отриманні данні доводять, що протокова система реагує на дію хронічної інтоксикації етанолом. Встановлення показників до 30 доби не відбувається, що свідчить про виснаження секреторного епітелію протокової системи, внаслідок дистрофічних змін, викликаних порушенням в роботі судин гомоциркуляторного русла, що підтверджується зміною діаметрів стінок протоків із зменшенням висоти епітеліоцитів.

9. 40<sup>0</sup> – ий розчин етанолу, мікроскоп Biorex-3 VM-500T з цифровою мікрофотонасадкою DCM 900.

10. Для корекції патологічних процесів, зокрема біохімічних, оксидантних та морфологічних порушень піднижньощелепних залоз у лабораторних тварин (щурів).

11. Не має.

12. Не має.

13. Полтавський державний медичний університет

14. Відсутні.

15. Шевченко К. В.; д.мед.н., проф. Єрошенко Г. А.; Лічман Д. В.; к.біол.н., доц. Лисаченко О. Д., к.мед.н., доц. Вільхова О. В., к.біол.н., доц. Улановська-Циба Н. А.

**Контактна особа:** Єрошенко Г. А. +38 0532 564097.

**1. СПОСІБ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПРОТОКОВОЇ СИСТЕМИ ПОСМУГОВАНИХ ПРОТОК ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ**

2. НДР «Експериментально-морфологічне вивчення дії кріоконсервованих препаратів кордової крові та ембріофетоплацентарного комплексу (ЕФПК), дифереліну, етанолу та 1% ефіру метакрилової кислоти на морфофункціональний стан ряду внутрішніх органів», номер державної реєстрації: 0119U102925.

3. Морфологія, патоморфологія.

4. 2+, С

5. Деклараційний патент України на корисну модель № 145236, МПК G09B 23/28 (2006.01) G01N 1/28 (2006.01). Спосіб ремоделювання протокової системи посмугованих проток піднижньощелепних слинних залоз щурів / Єрошенко Г.А., Шевченко К.В., Лічман Д.В., Ячнінь А.І., Боруца Н.В., Передерій Н.О.; заявник і патентовласник «УМСА» - № u202004157; Заявл. 08.07.2020; Опубл. 25.11.2020. Бюл. № 22.

6. Немає.

7. Спосіб ремоделювання протокової системи посмугованих проток піднижньощелепних слинних залоз щурів, що включає введення експериментальним тваринам розчину етанолу, який відрізняється тим, що 40<sup>0</sup> – ий розчин вводиться дошлунково, по 12 мг/кг 4 рази на добу.

8. Отриманні данні доводять, що протокова система реагує на дію хронічної інтоксикації етанолом. Встановлення показників до 30 доби не відбувається, що свідчить про виснаження секреторного епітелію протокової системи, внаслідок дистрофічних змін, викликаних порушенням в роботі судин гемоциркуляторного русла, що підтверджується зміною діаметрів стінок протоків із зменшенням висоти епітеліоцитів.

9. 40<sup>0</sup> – ий розчин етанолу, мікроскоп Biogex-3 VM-500T з цифровою мікрофотонасадкою DCM 900.

10. Для корекції патологічних процесів, зокрема біохімічних, оксидантних та морфологічних порушень піднижньощелепних залоз у лабораторних тварин (щурів).

11. Немає.

12. Немає.

13. Полтавський державний медичний університет

14. Немає

15. Д.мед.н., проф. Єрошенко Г.А.; Шевченко К.В.; Лічман Д.В.; Ячнінь А. І.; к.мед.н., доц. Боруца Н. В.; к.мед.н., доц. Передерій Н. О.

**Контактна особа:** Єрошенко Г. А. +38 0532 564097.

**1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ НАЯВНОСТІ НЕЙРОІМУННИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНИЙ БРОНХІТ**

2. НДР «Клінічні та імунно-ендокринні особливості формування та перебігу запальних захворювань органів дихання у дітей з дисбалансом центральних та автономних механізмів нейрогенної регуляції», номер державної реєстрації: 0117U004385.

3. Педіатрія.

4. 2+С

5. Патент на корисну модель 140773 Україна, МПК (2020.01) А61В 5/00. Спосіб визначення наявності нейроімуних порушень у дітей, хворих на рекурентний бронхіт / Овчаренко Л.С., Вертегел А.А., Слуцкая Т.В., Кряжев О.В.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». – и 2019 08759; заявл. 22.07.2019; опубл. 10.03.20, Бюл. № 5.

6. Немає.

7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу визначення наявності нейроімуних порушень у дітей, хворих на рекурентний бронхіт, що дозволить підвищити інформативність діагностики та своєчасність попередження тяжких форм цих порушень у дітей.

Поставлена задача вирішується тим, що у запропонованому новому способі визначення наявності нейроімуних порушень у дітей, хворих на рекурентний бронхіт, одночасно з нейрогенними та імунними показниками додатково визначають сироватковий вміст вазоактивної та прозапальної сполуки ендотеліну-1.

8. *Медична ефективність*: виявляє особливості клінічних проявів нейроімуних порушень у дітей, хворих на рекурентні бронхіти; враховує окремо інфекційний фактор у запальному процесі, а розглядає будь-який генез запалення (алергія, аутоімуний); дає можливість оцінити стан нервової регуляції бронхіального тону; має диференціювання щодо топіки запального ураження (верхні дихальні шляхи, бронхи, легені); дозволяє своєчасно призначати ефективну протизапальну та нейропротекторну терапію; допомагає знизити частоту розвитку нейроімуних розладів у дітей, хворих на рекурентні бронхіти. *Соціальна ефективність*: поліпшення якості життя дитини та можливості відвідувань нею дошкільних та шкільних закладів. *Економічна ефективність*: профілактика нейроімуних розладів у дитини, які в майбутньому знизить рівень захворювань органів дихання, що призведе до зменшення днів непрацездатності дорослої людини, витрат з боку держави на лікування, та реабілітацію, та зменшить фінансове навантаження на людину, що не хворіє.

9. Немає.

10. Діти шкільного віку; наявність у дитини рекурентного бронхіту; наявність у дитини перинатального ураження центральної нервової системи в анамнезі; наявність у дитини синдрому вертебро-базиллярної артеріальної системи.

**11.** Наявність бронхіальної астми; наявність вроджених вад бронхів та легень; наявність лихоманки; наявність ознак серцевої недостатності; наявність ознак дихальної недостатності; наявність важких порушень ритму серця та провідності; ендокринна патологія (цукровий діабет, патологія наднирників, щитовидної залози, тощо); наявність судом, та ознак гідроцефалії; наявність лікворно-гіпертензивного синдрому; наявність міопії великого ступеню; втрати свідомості.

**12.** Не існують.

**13.** Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Україна, 69096, м.Запоріжжя, бул. Вінтера, б.20, тел. (061) 279-16-38, факс (061) 279-16-38, e-mail: [naukazmapo@gmail.com](mailto:naukazmapo@gmail.com)

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф. Овчаренко Л. С.; д.мед.н., проф. Вертегел А.О.; к.мед.н., доц. Кряжев О. В.; Слуцька Т. В.

**Контактна особа:** Кряжев О. В. +380 977195584; +380 504545161.

### **Реєстр. № 100/8/22**

#### **1. СПОСІБ ІНТЕГРОВАНОЇ 2-D ДІАГНОСТИКИ ЕЛЕКТРИЧНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ШЛУНОЧКІВ СЕРЦЯ У ПІЗНІХ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС**

**2.** Робота є фрагментом науково-дослідної тематики кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією Української медичної стоматологічної академії «Розробити клініко-лабораторні критерії, методи прогнозування та запобігання метаболічних порушень у дітей раннього віку», номер державної реєстрації: 0120U102856.

**3.** Педіатрія.

**4.** 2+; С.

**5.** Деклараційний патент на корисну модель №145967 України, МПК А61В 5/0452 (2006.01), А61В 5/0472 (2006.01). Спосіб інтегрованої 2-D діагностики електричної нестабільності шлуночків серця в пізніх недоношених дітей з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС /Похилько В.І., Соловійова Г.О., Адамчук Н.М., Кулішов С.К., Цвіренко С.М., Чернявська Ю.І. – № u2020 04154; Заяв. 06.07.2020. Опубл. 13.01.2021, Бюл. № 2.

**6.** Відсутня.

**7.** Спосіб інтегрованої 2-D діагностики електричної нестабільності шлуночків серця у пізніх недоношених дітей з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС покладена задача оптимізації діагностики електричної нестабільності шлуночків у передчасно народжених дітей з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС, що має провідну позицію в реалізації загрозливих життю шлуночкових аритмій і розвитку раптової серцевої смерті.

Поставлена задача вирішується створенням способу інтегрованої 2D діагностики електричної нестабільності шлуночків серця у пізніх недоношених дітей з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС, включає вивчення варіативності всіх компонентів інтервалу QT, що відображає тривалість потенціалу дії клітин міокарду

(електрична систола шлуночків), включаючи як деполяризацію, так і реполяризацію. Тривалість та зміни електричної систоли шлуночків є неінвазивним маркером аритмогенезу міокарду новонароджених.

Метод базується на реєстрації добової ЕКГ за допомогою трьохканальної холтеровської системи «Кардіотехніка 04-8 М» (розробник - ЗАТ «Инкарт», Санкт-Петербург, Росія, свідоцтво про державну реєстрацію № 010941). Реєструють 3 канали ЕКГ із системою відведень - V4M, Y, V6M (електроди накладають у II, V та VI міжребер'ях по середньо-ключичній лінії ліворуч та в V міжребер'ї по середньо-пахвовій лінії ліворуч). Аналіз ЕКГ включав перетворення змінених комплексів QRST в 2D формат з різнокольоровим представленням всіх компонентів електричної систоли шлуночків за допомогою сучасних комп'ютерних програм Corel Draw, Adobe Photoshop CC, Microsoft Visio, вираховуючи периметр та площу всіх конвертованих комплексів. Далі проводився порівняльний аналіз характеристик вибраних патологічних комплексів QRST з середніми значеннями QRST та їх стандартними відхиленнями в умовно здорових передчасно народжених дітей.

**8.** Спосіб дає можливість своєчасної діагностики електричної нестабільності шлуночків у пізніх передчасно народжених дітей з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС і обґрунтуванню напрямків персоналізованого підходу до катамнестичного спостереження за ними. Використання представленого методологічного підходу дозволяє проводити діагностику біоелектричної активності серця на основі моніторингу добової ЕКГ з проведенням якісного й кількісного аналізу конвертованих комплексів QRST та відрізняється тим, що проводиться трьохканальною холтерівською системою з подальшим перетворення змінених комплексів QRST в 2D формат з різнокольоровим представленням всіх компонентів електричної систоли шлуночків за допомогою сучасних комп'ютерних програм Corel Draw, Adobe Photoshop CC, Microsoft Visio, з розрахунком периметру та площі цих конвертованих комплексів й порівняльному аналізу характеристик вибраних патологічних комплексів QRST з середніми значеннями QRST та їх стандартними відхиленнями у здорових дітей. Представлена методика надає можливість провести діагностику порушень серцевого ритму шляхом фіксації відповідних електродів впродовж доби.

Підтвердження ефективності даного способу здійснюється за рахунок підвищення ефективності діагностики електричної нестабільності шлуночків у передчасно народжених дітей з гіпоксично-ішемічним ураження ЦНС та дозволяє персоналізувати план катамнестичного спостереження.

Запропонована діагностична методика була використана у 20 новонароджених дітей у пологовому стаціонарі з метою ранньої діагностики вроджених вад серця. Ускладнення при використанні даного способу 2-D діагностики електричної нестабільності шлуночків серця у пізніх недоношених дітей з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС не відмічалось.

**9.** Трьохканальна холтеровська система «Кардіотехніка 04-8 М» (розробник - ЗАТ «Инкарт», Санкт-Петербург, Росія, свідоцтво про державну реєстрацію № 010941).

**10.** Рання діагностика електричної нестабільності шлуночків у пізніх передчасно народжених дітей з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС.

11. Відсутні.

12. Ускладнення відсутні при використанні запропонованої моделі ранньої діагностики електричної нестабільності шлуночків у пізніх передчасно народжених дітей з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС.

13. Полтавський державний медичний університет

14. ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України».

15. Д.мед.н., проф. Знаменська Т.К.; д.мед.н., проф. Похилько В.І., к.мед.н., доц. Соловійова Г.О.; Адамчук Н.М.; к.мед.н., доц. Цвіренко С.М.; к.мед.н. Чернявська Ю.І.

**Контактна особа:** Похилько В. І. +380 675307770.

### Реєстр. № 101/8/22

## 1. ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ГІПЕРТОНІЧНИМИ РОЗЧИНАМИ ХЛОРИДУ НАТРІЮ (NaCl) У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

2. НДР «Бронхіти у дітей з коморбідними станами: клінічний перебіг та їх сучасна етіологія», номер державної реєстрації: 0116U004962.

3. Педіатрія. Пульмонологія.

4. 2+; С.

5. «Порівняння ефективності та переносимості інгаляційних гіпертонічних розчинів хлориду натрію у педіатричній практиці». Ільченко С.І., Фіалковська А.А., Чергинець В.І., Скрябіна Є.В. Медичні перспективи. 2021. Т. 26, № 1. С. 136-142. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.1.227953>

6. Немає.

7. Спосіб вибору концентрації гіпертонічного розчину NaCl для муколітичної терапії хворих на муковісцидоз включає наступну послідовність: спочатку проводять вихідну спірометрію за загальноприйнятою методикою з визначенням загальновідомих швидкісних та об'ємних показників, зокрема ОФВ1, ФЖЄЛ, співвідношення ОФВ1/ ФЖЄЛ. Після чого проводять три послідовні інгаляції NaCl тривалістю 2 хвилини кожна. Для першої інгаляції використовують стерильний 0,9% розчин NaCl, для другої та третьої 3% розчин NaCl та 7% розчин NaCl відповідно. Інтервал між інгаляціями складає 3 хвилини. Після кожної інгаляції аналізують клінічні зміни (характер кашлю, поява індукованого мокротиння та аускультативні зміни в легенях) та зміни показників функції зовнішнього дихання. При появі таких побічних явищ, як утруднення дихання, спастичний кашель, аускультативні симптоми бронхоспазму та зниження ОФВ1 на  $\geq 20\%$  інгаляції припиняють. Для усунення побічних явищ та відновлення бронхіальної прохідності проводять бронходилататорний тест з  $\beta 2$ -агоністами короткої дії згідно з діючими рекомендаціями.

Розвиток бронхоспазму у хворих на МВ різко ускладнює перебіг бронхолегеневого процесу – призводить до інтенсифікації інфекційного процесу і формування порочного кола: обструкція-інфекція-запалення з пошкодженням тканин легень. Клінічним проявом порочного кола є прогресуюче знижетапії ння

функціональних показників дихання. Таким чином у дітей, хворих на муковісцидоз, вибір концентрації гіпертонічного розчину NaCl повинен бути персоніфікованим. Оскільки відомо, що гіпертонічний розчин NaCl є бронхопровокатором та може подразнювати дихальні шляхи, то недивний той факт, що у деяких пацієнтів мають місце такі побічні ефекти, як першіння в горлі, утруднення дихання, спастичний кашель та аускультативні симптоми бронхоспазму. Враховуючи це, першу інгаляцію гіпертонічного розчину NaCl всім хворим необхідно проводити в присутності лікаря та під контролем спірометричного дослідження для визначення індивідуальної чутливості пацієнта та прогнозування позитивного терапевтичного ефекту. Для профілактики розвитку небажаних явищ пацієнтам з гіперреактивністю дихальних шляхів рекомендовано проводити інгаляції з  $\beta_2$ -агоністами короткої дії перед інгаляцією гіпертонічного розчину NaCl.

**8. Медичні.** Підвищення ефективності та безпеки муколітичної терапії у дітей, хворих на муковісцидоз; зниження частоти та тривалості загострень бронхолегеневого процесу та ризику інфікування *Pseudomonas aeruginosa*. **Соціальні.** Застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя та довгостроковий прогноз хворих дітей, а також дозволить попередити розвиток нових ускладнень. **Економічні.** Зменшення фінансових витрат на лікування хворих, скорочення їх тривалості перебування у стаціонарі.

**9.** Персональний ультразвуковий небулайзер Pari, офіційальні стерильні розчини NaCl різних концентрацій: 0,9% розчин NaCl, 3% розчин NaCl та 7% розчин NaCl; розчин для інгаляцій селективного  $\beta_2$ -агоністу короткої дії, спірограф.

**10.** Діти, хворі на муковісцидоз.

**11.** Загострення хронічного бронхолегеневого процесу, наявність епізоду кровохаркання/легеневої кровотечі в анамнезі, ОФВ1 < 50% від належного та раніше виявлена непереносимість гіпертонічного розчину NaCl.

**12.** Першіння в горлі, утруднення дихання, спастичний кашель, аускультативні симптоми бронхоспазму.

**13.** Дніпровський державний медичний університет, 49044, м. Дніпро, вул. Вернадського, 9, тел. (056) 713-52 -37.

**14.** Немає.

**15.** Д.мед.н., проф. Ільченко С. І.; Д.мед.н., проф. Чергінець В.І.; к.мед.н., доц. Фіалковська А. О.; Скрябіна К. В.

**Контактна особа:** Скрябіна К. В. +380 674040413.

**1. СПОСІБ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ГЕНОТИП-АСОЦІЙОВАНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІЗОЛЬОВАНОГО УРАЖЕННЯ ШКІРИ АБО ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ (ТА ОРГАНУ ЗОРУ) ПРИ АТОПІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ МЕТОДОМ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНОТИПІВ С/Т rs\_7927894 ГЕНА *FLG* ТА С/G SNV rs41423247 ГЕНА *hr-NR3C1***

2. НДР «Генотип-асоційована персоналізація діагностичного та лікувального процесу у дітей з хворобами респіраторної, ендокринної та травної систем», номер державної реєстрації: 0118U006629.

3. Педіатрія

4. 2++

5. Немає.

6. Немає.

7. Атопічний дерматит (АД) – є одним з найпоширеніших атопічних захворювань (АЗ) дитячого віку, який вражає до 25% дитячої популяції (Eichenfield та співавт., 2014), і є найчастішим стартовим фенотипом атопії в дитячому віці. Однак, у багатьох випадках АЗ починаються з ураження верхніх дихальних шляхів, що вони іноді сполучаються з ураженням органу зору – сезонного алергічного риніту/кон'юнктивіту (САР(К)) або цілорічного алергічного риніту/кон'юнктивіту (ЦАР(К)). Топографія ураження визначає вплив на якість життя через ураження шкіри або слизових оболонок та ризик прогресування наявного стану у найтяжче АЗ - бронхіальну астму. На даний час в Україні є дефіцит генотип-асоційованих предикторів розвитку різних стартових фенотипів АЗ незважаючи на вивченість однонуклеотидних варіантів (SNV) гену філагріну (*FLG*) і, зокрема, SNV rs7927894 *FLG* (Дитятковський та співавт., 2021). В останнє десятиріччя з'явилися дослідження по впливу SNV генів глюкокортикоїдних рецепторів людини (*hr-NR3C1*) на розвиток фенотипів БА, але не інших АЗ (Pietras та співавт., 2011).

Пропонується спосіб персоналізованої генотип-асоційованої предикції розвитку ізольованого фенотипу «АД» або «САР(К)/ЦАР(К)» у дітей шляхом визначення генотипів С/Т rs\_7927894 *FLG* та С/G SNV rs41423247 *hr-NR3C1* методом полімеразної ланцюгової реакції з рестриктивним фрагментом довжини поліморфізму у реальному часі (qPCR).

У первинне дослідження були залучені пацієнти віком від 3 до 18 років: 293 дитини основної групи, хворі на різні фенотипи АЗ, та 105 дітей контрольної групи здорові відносно атопії, з патологією ШКТ. Ступенем достовірності отриманих результатів було визначено  $p < 0,05$ .

Отримані наступні достовірні значення ризиків розвитку фенотипу ізольованого АД відносно фенотипу «САР(К)/ЦАР(К)»: підвищений до 2,03 рази (95% ДІ 1,01-4,10) для С/G SNV rs41423247 *hr-NR3C1* та підвищений у 3,00 рази (95% ДІ 1,18-7,64) для комбінації генотипів С/Т rs\_7927894 *FLG* та С/G SNV rs41423247 *hr-NR3C1*.

Для фенотипу «САР(К)/ЦАР(К)» отримані наступні достовірні значення ризиків: знижений до 0,40 (95%ДІ 0,19-0,88) для С/Т SNV rs7927894 FLG відносно комбінованого фенотипу «АД+САР(К)/ЦАР(К)»; знижений до 0,49 рази (95%ДІ 0,24-0,99) для С/Г SNV rs41423247 hr-NR3C1 та знижений до 0,33 рази (95% ДІ 0,13-0,85) для комбінації генотипів С/Т rs\_7927894 FLG та С/Г SNV rs41423247 hr-NR3C1 відносно ізольованого фенотипу «АД».

**8. Медичні:** покращення предикції розвитку ізольованого фенотипу «АД» або «САР(К)/ЦАР(К)» з відповідною елімінаційною та фармакологічною профілактикою розвитку даних АЗ. **Соціальні:** підвищення якості життя дітей за рахунок попередження розвитку ізольованого АД та/або фенотипу «САР(К)/ЦАР(К)». **Економічні:** зменшення видатків на лікування дітей з ізольованим фенотипом «АД» та/або «САР(К)/ЦАР(К)», що клінічно маніфестують з лабораторно підтвердженим діагнозом.

**9.** Лікар-алерголог дитячий; лікар-лаборант; Лаборант; зонд для буккального зішкрібу на зразки ДНК; сертифікований набір для алельного дискримінаційного аналізу SNV rs7927894 та SNV rs41423247 методом полімеразної ланцюгової реакції з рестриктивним фрагментом довжини поліморфізму у реальному часі (qPCR).

**10.** 1) обтяжений сімейний atopічний анамнез; 2) надмірна експозиція до харчових та/або респіраторних алергенів, яка може викликати розвиток фенотипів ізольованого АД та/або «САР(К)/ЦАР(К)».

**11.** Немає.

**12.** 1) невдале визначення варіантів SNV rs7927894 гена FLG – для виправлення дотримуватись протоколу виділення ДНК та алельного дискримінаційного аналізу на генотипні варіанти SNV rs7927894 методом qPCR з використанням лише сертифікованих реактивів та спеціалізованого обладнання; 2) невдале визначення варіантів С/Г SNV rs41423247 hr-NR3C1 – для виправлення дотримуватись протоколу виділення ДНК та алельного дискримінаційного аналізу на генотипні варіанти SNV rs41423247 методом qPCR з використанням лише сертифікованих реактивів та спеціалізованого обладнання.

**13.** Дніпровський державний медичний університет.

**14.** Немає.

**15.** Доц., к.мед.н. Дитятковський В. О.; проф., д.мед.н. Абатуров О.Є.

**Контактна особа:** Дитятковський В. О. +380 675654849.

### Реєстр. № 103/8/22

**1. СПОСІБ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ ГЕНОТИП-АСОЦІЙОВАНОЇ ДІАГНОСТИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ФЕНОТИПІВ АТОПІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ: ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНОТИПУ С/Т rs\_7927894 ГЕНА FLG, ПОРОГОВИХ СИРОВАТКОВИХ РІВНІВ ЗАГАЛЬНОГО IgE ТА СТАСК/ССL27**

**2.** НДР «Генотип-асоційована персоналізація діагностичного та лікувального процесу у дітей з хворобами респіраторної, ендокринної та травної систем», номер державної реєстрації: 0118U006629.

3. Педіатрія.

4. 2++

5. Немає.

6. Немає.

7. Одним з найпоширеніших atopічних захворювань (АЗ) дитячого віку є atopічний дерматит (АД), при цьому, з віком він може прогресувати в інші АЗ – сезонний алергічний риніт/ринокон'юнктивіт САР(К), цілорічний алергічний риніт/ринокон'юнктивіт ЦАР(К) та/або бронхіальну астму (БА). Така прогресія формує індивідуальні клінічні профілі АЗ (Belgrave та співавт., 2015). Треба зазначити, що у віці старше 6 років ізольований фенотип АД зустрічаються рідше, ніж у поєднанні з САР(К), та/або (ЦАР(К), та/або (БА) (Дитятковський та співавт., 2018).

На даний час, одними з найбільш вивчених генетичних маркерів ризику розвитку atopічного дерматиту (АД) є одонуклеотидні варіанти (single nucleotide variants – SNV, англ.) гену філагріну (FLG), зокрема, rs\_7927894. У дослідженнях останніх років вказується на достовірно більшу зустрічальність гаплотипу T SNV rs\_7927894 FLG у дітей віком до 2 років, хворих на АД (A Dėbińska та співавт., 2020) та асоціації з захворюваністю на АД і алергічний риніт у дорослих пацієнтів (Ponińska JK та співавт., 2017).

Базовим біомаркером АД є загальний сироватковий імуноглобулін E (IgE). Проте, дослідження останніх років вказують на те, що його сироваткові концентрації підвищуються не при всіх фенотипах АД (M.Suarez-Farinas та співавт., 2013), залежний від віку хворих (A. Rosińska-Więckowicz та співавт., 2016) та не завжди релевантні алергічній сенсibiliзації (A. Mavroudi та співавт., 2017). Водночас, у новітніх дослідженнях доведено (C. Ng та співавт., 2016), що надвисокі концентрації загального IgE в сироватці крові викликають розвиток не тільки АД, а й коморбідних АЗ – САР(К)/ЦАР(К) та/або БА.

У одному з найбільших системних оглядів та мета-аналізів останніх років щодо біомаркерів АД (Thijs та співавт., 2015) перспективним предиктором розвитку та контролю за цією хворобою було визначено кутанний Т-клітинно атрактуючий хемокін (СТАСК/ССL27). СТАСК/ССL27 – це 112-амінокислотний довгий СС-ліганд, ген якого знаходиться в області хромосоми 9p13. При загостреннях АД СТАСК/ССL27 здійснює хемоатракцію до вогнищ запалення Th-22-лімфоцитів, які продукують інтерлейкін-22 – це призводить до пригнічення диференціації клітин епідемісу та послаблення репарації шкірного бар'єру як одного з основних механізмів патогенезу АД (Gittler та співавт., 2016). Дослідження останніх років вказують на достовірні різниці концентрацій СТАСК/ССL27 у роговому шарі шкіри хворих та АД у фазі загострення, ремісії та шкіри здорових людей (Clausen ML та співавт.).

Запропонований спосіб персоналізованої генотип-асоційованої системної діагностики різних фенотипів АЗ у дітей був апробований на базі Дитячого відділення Алергоцентру КНП «Лікарня швидкої медичної допомоги Дніпровської міської ради», Консультативно-діагностичного відділення Алергоцентру КНП

«Лікарня швидкої медичної допомоги Дніпровської міської ради», Кафедрі педіатрії 1 та медичної генетики Дніпровського державного медичного університету.

Власні дослідження здійснено шляхом обстеження двох груп пацієнтів: 293 основної групи, хворих на різні фенотипи АЗ, та 105 контрольної групи без клінічних ознак АЗ, хворих на патологію ШКТ. Вік дітей обох когорт складав від 3 до 18 років. Для генотипного аналізу на носійство гетерозиготного генотипу С/Т SNV rs7927894 гена FLG було виділено повні основну та контрольну групи; для визначення порогових сироваткових концентрацій загального IgE та СТАСК/ССL27 були виділені когорти з 39 дітей основної групи та 47 дітей контрольної групи.

Проведено молекулярно-генетичне дослідження з використанням сертифікованого набору для алельного дискримінаційного аналізу поліморфізму SNV rs7927894 гена FLG методом полімеразної ланцюгової реакції з рестриктивним фрагментом довжини поліморфізму у реальному часі (qPCR). Рівень загального сироваткового IgE визначався методом імуно-ферментного аналізу (ІФА) застосуванням наборів, які містили у собі моноклональні антитіла до загального IgE. Рівень сироваткового СТАСК/ССL27 визначався методом фермент-пов'язаного імуносорбентного аналізу за допомогою сертифікованих наборів. Ступенем достовірності отриманих результатів було визначено  $p < 0,05$ .

У ході власного дослідження було виявлено, що носійство гетерозиготного генотипу С/Т SNV rs7927894 гена FLG достовірно викликає підвищені ризики розвитку комбінованих фенотипів «АД+САР(К)+ЦАР(К)» - у 2,47 рази (95%ДІ 1,14-5,38) та «АД+БА+САР(К)+ЦАР(К)» - у 3,13 рази (95%ДІ 1,24-7,95) відносно фенотипу «САР(К)/ЦАР(К)» відповідно.

Також, встановлено порогові концентрації загального сироваткового IgE, які викликають достовірні ( $p < 0,05$ ) ризики розвитку різних фенотипів АЗ: при концентрації загального IgE  $\geq 173$  МО/мл = 8,98 рази (95% ДІ 2,53; 31,86) для розвитку фенотипу ізольованого АД; при концентрації загального IgE  $\geq 213$  МО/мл = 136,67 рази (95%ДІ: 14,77; 1264,24) для комбінованого фенотипу «АД+САР(К)/ЦАР(К) та/або БА»; при концентрації загального IgE  $\geq 1001$  МО/мл = 16,00 рази (95% ДІ: 2,68; 95,44) для комбінованого фенотипу «АД+САР(К)/ЦАР та/або БА».

Третя частина нашого дослідження надала наступні результати щодо достовірних ( $p < 0,05$ ) ризиків розвитку фенотипів АЗ при порогових сироваткових концентраціях СТАСК/ССL27: при рівні його у сироватці крові  $\geq 3658.5$  пг/мл ризик розвитку фенотипу ізольованого АД = 5.64 (1.56; 20.32); при рівні СТАСК/ССL27 у сироватці крові  $\geq 4308.8$  пг/мл достовірний ризик розвитку комбінованого фенотипу «АД+САР(К)/ЦАР та/або БА» дорівнює 7.40 (2.30; 23.76).

Тому, у якості нововведення вперше пропонується системний персоніфікований генотип-асоційований підхід до діагностики ризику розвитку різних фенотипів АЗ. Суть нововведення полягає в комбінованому застосуванні генотипування за варіантом С/Т SNV rs\_7927894 FLG та одночасному визначенні порогових концентрацій загального сироваткового IgE та СТАСК/ССL27. Це забезпечить більш точну генотип-асоційовану персоніфіковану діагностику ризику

розвитку різних клінічних фенотипів АЗ – ізольованого «АД» або у комбінації з САР(К), ЦАР(К) та/або БА.

**8. Медичні:** покращення предикції розвитку фенотипу ізольованого АД та його прогресії у комбінованих фенотипи «АД+САР(К)+ЦАР(К)», «АД+БА+САР(К)+ЦАР(К)», та інших комбінованих фенотипів АД з АЗ у дітей. **Соціальні:** зменшення вимушених пропусків навчань у школі або інших організованих дитячих колективах внаслідок загострень існуючих або розвитку нових фенотипів АЗ у дітей. **Економічні:** зменшення навантаження бюджетів місцевих громад на амбулаторне та стаціонарне лікування дітей з ізольованим АД та комбінованими фенотипами АЗ.

**9.** Лікар-алерголог дитячий; лікар-лаборант; лаборант; зонд для буккального зішкрібу на зразки ДНК; сертифікований набір для алельного дискримінаційного аналізу SNV; rs7927894 методом полімеразної ланцюгової реакції з рестриктивним фрагментом довжини поліморфізму у реальному часі (qPCR); набір для забору венозної крові; обладнання та реактиви для методу імунно-ферментного аналізу (ІФА) застосуванням наборів, які містять у собі моноклональні антитіла до загального IgE; фотомультіплікатор для вимірювання хемолюмінісценції; обладнання та реактиви для методу фермент-пов'язаного імуносорбентного аналізу за допомогою сертифікованих наборів СТАСК/ССL27, фотоспектрометр для вимірювання інтенсивності люмінесценції при оптичній щільності у 450 нм, спеціалізоване програмне забезпечення для побудови графіків концентрації СТАСК/ССL27.

**10.** 1) Симптоми АЗ без лабораторно підтвердженого діагнозу; 2) Встановлений та підтверджений лабораторно діагноз ізольованого АД.

**11.** Немає.

**12.** 1) невдале обчислення генотипу SNV rs7927894 гена FLG – потрібне використання ліцензованого обладнання та реактивів для алельного дискримінаційного аналізу одонуклеотидних варіантів SNV rs7927894 методом qPCR, перевірка методики проведення буккального зішкрібу та зберігання і транспортування отриманих зразків у замороженому у стані з дотриманням температурного ланцюга; 2) невірне обчислення порогових концентрацій сироваткового загального IgE – потрібне використання сертифікованого обладнання та реактивів для визначення концентрацій сироваткового загального IgE методом імунно-ферментного аналізу (ІФА); 3) невірне обчислення порогових концентрацій сироваткового СТАСК/ССL27 - використання сертифікованого обладнання та реактивів для визначення рівнів сироваткового СТАСК/ССL27 методом фермент-пов'язаного імуносорбентного аналізу.

**13.** Дніпровський державний медичний університет.

**14.** Немає.

**15.** Доц., к.мед.н. Дитятковський В. О.; проф., д.мед.н. Абатуров О.Є.

**Контактна особа:** Дитятковський В. О. +380 675654849.

**1. МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З МУКОВІСЦИДОЗОМ: МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**

2. НДР «Бронхіти у дітей з коморбідними станами: клінічний перебіг та їх сучасна етіологія», номер державної реєстрації: 0116U004962.

3. Мікробіологія, Педіатрія

4. 1+, 2++ та 2+; А, В, С, D. Дані методичні вказівки містять експертну думку щодо правильної тактики і є адаптованими до реалій української медичної системи.

5. Microbiological features of staphylococcus aureus isolated from respiratory tract of children with cystic fibrosis Wiadomości Lekarskie, volume lxxiv, issue 9 part 1, september 2021. P. 2094-2100. Oksana Ishchenko, Inna Borysova, Dmytro Stepanyuk, Iryna Koshova. Стратегії виживання Pseudomonas aeruginosa в дихальних шляхах при муковісцидозі. Вісник проблем біології і медицини. – 2021. – Вип.2 (160). – С.29-34. О.В. Іщенко, А.О. Андріяшина, Д.О. Степанський, І.П. Кошова

6. Відсутня

7. МВ є моногенним захворюванням, на яке страждають щонайменше 100 000 людей у всьому світі. Причиною захворювання є мутації в гені ТРБМ, який функціонує як хлорний канал на апікальній поверхні епітеліальних клітин і забезпечує транспорт хлору та бікарбонатів. Такий дефект призводить до дегідратації та ацидифікації слизових оболонок, і, як наслідок, появи в'язкого секрету екзокринних залоз. В дихальних шляхах виникає порушення мукоциліарного кліренсу з подальшим розвитком порочного кола «хронічне запалення – хронічна інфекція», в патогенезі якого неможливо визначити первинний компонент. І хоча середня очікувана тривалість життя при МВ продовжує зростати завдяки доступності антибіотиків та модуляторів ТРБМ, різні інфекційні агенти і сьогодні залишаються безпосередньою загрозою. Типові мікроорганізми, які виділяють від пацієнтів з МВ наділені особливими факторами вірулентності, зокрема стійкістю до антибіотиків та здатністю утворювати особливі фенотипи, які потребують особливої уваги та можуть викликати складнощі в індикації та ідентифікації.

Надання медичної допомоги пацієнтам хворим на МВ вимагає мультидисциплінарного підходу з використанням найкращих доступних практик. Мікробіологічний профіль пацієнта враховується при комплексній оцінці стану дихальної системи, проте є також важливим і для організації інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на МВ.

В даному керівництві ми виклали рекомендації з мікробіологічного супроводу пацієнтів з МВ, засновані на сучасних доказових даних та існуючій світовій практиці.

8. Методичні рекомендації укладені з урахуванням існуючого досвіду надання медичної допомоги дітям хворим на муковісцидоз і присвячені мікробіологічним аспектам – забір та транспортування біологічного матеріалу, особливостей бактеріологічного дослідження та тестування отриманих культур на чутливість до антибіотиків. Окремо розглянуті питання попередження інфікування патобіонтами асоційованими з муковісцидозом. Практично-методичні рекомендації призначені на допомогу лікарям загальної практики та пульмонологам, що надають допомогу

пацієнтам з муковісцидозом, а також працівникам бактеріологічних лабораторій, що працюють з таким біологічним матеріалом.

**9.** Кадрові ресурси – лікар-лаборант зі спеціальності «Бактеріологія», спеціаліст з вищою немедичною освітою зі спеціальності «Лабораторна діагностика» або «Біологія» та досвідом роботи в мікробіологічній лабораторії, лікар-інфекціоніст дитячий з досвідом мікробіологічних досліджень, лікар-педіатр, лікар загальної практики-сімейної медицини, лікар пульмонолог дитячий.

Вироби медичного призначення – одноразові стерильні медичні витратні матеріали для забору біологічного матеріалу для дослідження (контейнери для мокротиння, ватні аплікатори, шпатели). Для безпосереднього дослідження біологічного матеріалу – поживні середовища для культивування мікроорганізмів, системи для ідентифікації мікробних культур, набори для дослідження на чутливість до антибіотиків. Окрім того, приладдя для культивування мікроорганізмів – анаеростат та реактиви для створення різних атмосферних умов (анаеробних, капнофільних), термостат тощо.

Інше приладдя, необхідне для стандартного мікробіологічного дослідження та утримання устаткування.

**10.** Методичні вказівки мають бути використанні при роботі з мікробіологічним матеріалом від дітей, хворих на муковісцидоз, на преаналітичному, аналітичному та постаналітичному етапах.

**11.** Протипоказання стосуються не доцільності прицільного пошуку особливих фенотипів патобіонтів, зазвичай асоційованих з муковісцидозом, при дослідженні біологічного матеріалу при мікробіологічних дослідженнях іншого нозологічного спрямування. Проте, це не є протипоказанням, але застереженням з метою оптимізації якості дослідження та витрат.

**12.** Організація роботи з біологічним матеріалом має виконуватися відповідно до прийнятих керівництв. Лабораторія повинна надавати точні та своєчасні результати мультидисциплінарній команді з муковісцидозу за узгодженою схемою, в тому числі невідкладно повідомляти важливі результати. Працівники лабораторії повинні мати достатню кваліфікацію та знання для роботи з широким спектром патогенів асоційованих з МВ.

В лабораторії повинна існувати система розслідування помилок та інших інцидентів, разом з доказами того, як отриманий досвід використовуються для покращення якості роботи. Бажано, щоб мікробіологічна служба проходила внутрішній та зовнішній аудит. Прикладами аудитів є оцінка часу виконання дослідження (тобто час між отриманням зразка в лабораторії та часом, коли результат буде доступним для мультидисциплінарній команді з муковісцидозу), точність ідентифікації та тестування на чутливість, а також відповідне та швидке повідомлення термінових результатів).

**13.** Дніпровський державний медичний університет

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Степанський Д.О.; Іщенко О.В.; к.мед.н., доц. Кошова І.П.

**Контактна особа:** Іщенко О. В. +380 961511847.

**1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ РОТАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

2. НДР «Оптимізація ранньої діагностики та лікування хворих на найбільш поширені інфекційні захворювання, що перебігають на тлі коморбідної патології у дорослих та дітей», номер державної реєстрації: 0117U006956.

3. Педіатрія, дитяча інфектологія та гастроентерологія.

4. 1+;А.

5. Патент на корисну модель: № 143469; 27.07.2020, Бюл. № 14; МПК G01N 33/52 A61K 38/00 A61P 31/00 (2020.01); «Спосіб корекції лактазної недостатності при ротавірусній інфекції у дітей раннього віку» // Власники: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, UA, Воробйова Н.В. вул.Брюллова, 11, кв. 24, м.Запоріжжя, 69068, UA, Усачова Олена Віталіївна, вул. Моторобудівників, 28, кв.197, м. Запоріжжя, 69068, UA.

6. Немає.

7. Спосіб корекції лактазної недостатності при ротавірусній інфекції у дітей раннього віку, при якому призначають препарати лактази, який відрізняється тим, що на першу добу лікування проводять напівкількісне визначення рівня лактози в калі за допомогою реакції Мальфатті з використанням модифікованої кольорової шкали для оцінки результату: відсутність зміни кольору "0" - відсутність лактози, світло-жовтий "+" - 0,2-0,4 % лактози, колір кленового сиропу "++" - 0,5-1,0 % лактози, колір червоного бурштину "+++" - 1,1-1,5 %, рубіновий колір "++++" - вище 2 % лактози, і, якщо рівень лактози у фекаліях становить "0" - препарат лактази не призначають; якщо рівень лактози відповідає "+" та "++" - призначають фермент лактазу в дозі 5 крапель (750 ALU) на кожні 90-100 мл молока, якщо "+++" чи "++++" - по 10 крапель (1500 ALU) на кожні 90-100 мл молока, контроль ефективності лікування здійснюють на п'яту добу терапії, інтерпретують за тією ж схемою та вибирають відповідну дозу препарату лактази, і якщо результат на п'яту добу терапії становить "0" - препарат лактази не призначають; "+" та "++" - препарат лактази у відповідній дозі призначають ще на 5 діб, після чого відмінюють; якщо "+++" чи "++++" - препарат лактази у відповідній дозі призначають ще на 5 діб з контролем проби Мальфатті на десяту добу терапії.

8. Удосконалення способу корекції лактазної недостатності при ротавірусній інфекції шляхом введення додаткового обстеження, а саме, напівкількісного визначення рівню лактози у фекаліях за допомогою реакції Мальфатті, що забезпечить правильний підбір дози препарату лактази в дебюті захворювання та можливість контролю лікування в динаміці хвороби.

9. Центрифуга, водяна баня, пробірки, дистильована вода, 25% розчин гідроксиду амонію ( $\text{NH}_3 \cdot \text{H}_2\text{O}$ ), 10% розчин гідроксиду натрію ( $\text{NaOH}$ ).

10. Ротавірусна інфекція у дітей раннього віку.

11. Немає.

12. Немає.

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра дитячих інфекційних хвороб, тел. (093) 5394744.

14. Немає.

15. Воробйова Н.В., д.мед.н., проф. Усачова О.В.

**Контактна особа:** Воробйова Н.В. +380 999553485.

## ПСИХІАТРІЯ

### Реєстр. № 106/8/22

#### 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВІ ДІЇ

2. НДР «Розробити систему профілактики непсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб, які постраждали від бойових дій», номер державної реєстрації: 0119U0029029-2021.

3. Психіатрія.

4. 2+С.

5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №109037. Опитувальник для визначення рівня суїцидального ризику у осіб, які пережили бойові дії / ХНМУ, Кожина Г.М., Зеленська К.О., Тахташова Д.Р.; дата реєстрації: 02.11.2021 р.

6. Спосіб визначення рівня суїцидального ризику у осіб, які пережили бойові дії, який включає використання розробленого опитувальника, що в свою чергу дозволяє виявити групи ризику розвитку суїцидальної поведінки та знизити кількість суїцидентів.

7. «Опитувальник для визначення рівня суїцидального ризику у осіб, які пережили бойові дії» дозволяє визначити рівень суїцидального ризику (відсутність суїцидального ризику, низький та високий суїцидальний ризик) та заходи, необхідні для проведення профілактики та лікування станів, що викликали суїцидальну поведінку, виявлення груп ризику, необхідність розробки довгострокової програми індивідуально-особистісної підтримки, необхідність додаткової діагностики суїцидальної поведінки та психічного стану, проведення психоосвітніх занять с пацієнтом та його родиною.

8. *Медична ефективність* – оптимізація діагностики та превенції суїцидального ризику у осіб, які пережили бойові дії, можливість раннього втручання. *Соціальна ефективність* – покращення соціального функціонування та якості життя хворих, що пережили бойові події, формування об'єктивного відношення до власного стану. *Економічна ефективність* – зниження затрат на перебування хворих що пережили бойові події з імовірним ризиком суїцидальної поведінки у стаціонарі за рахунок досягнення швидкої ремісії.

9. «Опитувальник для визначення рівня суїцидального ризику у осіб, які пережили бойові дії», лікар, який буде проводити опитування.

10. Ознаки суїцидальної поведінки у осіб, що пережили бойові події.

11. Відсутні.
  12. Відсутні.
  13. Харківський національний медичний університет.
  14. Відсутні.
  15. Проф., д.мед.н. Кожина Г. М.; доц., к.мед.н. Зеленська К. О.; к.мед.н. Тахташова Д. Р.
- Контактна особа:** Кожина Г. М. +380 677960663.

### **Реєстр. № 107/8/22**

#### **1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКА УСКЛАДНИЛАСЬ ТЕРАПЕВТИЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ТА ПОРУШЕННЯМ ЕНЕРГЕТИЧНОГО МЕТАБОЛІЗМУ**

2. НДР «Розробити систему профілактики непсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб, які постраждали від бойових дій», номер державної реєстрації: 0119U002902.

3. Психіатрія.

4. 2+С.

5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №109585. Спосіб комплексного лікування хворих на шизофренію, яка ускладнилась терапевтичною резистентністю та порушенням енергетичного метаболізму / ХНМУ, Кожина Г.М., Стрельнікова І.М., Зеленська К.О., Гайчук Л.М.; дата реєстрації: 18.11.2021 р.

6. Спосіб комплексного лікування хворих на шизофренію, яка ускладнилась терапевтичною резистентністю та порушенням енергетичного метаболізму, який включає психофармакотерапію препаратами із групи антипсихотиків, призначення цитофлавіну, армадину (2-етил-6метил-3-гідроксіперидина сукцината) та психотерапію за стандартом. Цитофлавін призначають в дозі 10 мл в/в крапельно на 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду 2 рази на добу з інтервалом 10-12 годин протягом 10 днів. Армадин призначають по 100 мг в/в струминно повільно впродовж 10 днів.

7. Спосіб комплексного лікування хворих на шизофренію, яка ускладнилась терапевтичною резистентністю та порушенням енергетичного метаболізму, який включає психофармакотерапію за стандартами у поєднанні з Цитофлавіном в дозі 10 мл в/в крапельно на 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду 2 рази на добу з інтервалом 10-12 годин протягом 10 днів та Армадином по 100 мг в/в струминно повільно впродовж 10 днів. Додатково проводять когнітивно-поведінкову психотерапію в індивідуальному та груповому форматі. На першому етапі використовують індивідуальні форми роботи із хворими з використанням психотерапевтичних бесід. Психотерапевтичні сеанси в перший тиждень проводять щоденно, після цього протягом трьох тижнів їх проводять три рази на тиждень. В подальшому, після переведення хворого на амбулаторний режим, сеанси проводять щотижнево від 4 до 6 місяців. Другим етапом є проведення групової психотерапії. Сеанси з пацієнтами починають з другого тижня лікування 3 рази на тиждень і тривають 4 місяці. На амбулаторному етапі продовжують ще 3-6 місяців 1-2 рази на тиждень.

**8.** *Медична ефективність* – оптимізація комплексної терапії хворих на шизофренію, вплив на подолання терапевтичної резистентності та відновлення енергетичного метаболізму. *Соціальна ефективність* – покращення соціального функціонування, якості життя та підвищення ефективності психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію, яка ускладнилась терапевтичною резистентністю та порушенням енергетичного метаболізму, формування об'єктивного відношення до власного стану. *Економічна ефективність* – зниження затрат на перебування хворих на шизофренію, яка ускладнилась терапевтичною резистентністю та порушенням енергетичного метаболізму у стаціонарі за рахунок досягнення швидкої ремісії.

**9.** Лікарській засіб – препарат з групи інших засобів лікування захворювань нервової системи Цитофлавін. Лікарській засіб – препарат з групи інших засобів лікування захворювань нервової системи Армадин. Кадровий склад: лікар-психіатр, лікар-психотерапевт.

**10.** Шизофренія, яка ускладнилась терапевтичною резистентністю та порушенням енергетичного метаболізму.

**11.** Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату Цитофлавіну чи Армадину.

**12.** Відсутні.

**13.** Харківський національний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Проф., д.мед.н. Кожина Г. М.; доц., к.мед.н. Стрельнікова І. М.; доц., к.мед.н. Зеленська К. О.; доц., к.мед.н. Гайчук Л. М.

**Контактна особа:** Кожина Г. М. +380 677960663.

### Реєстр. № 108/8/22

#### **1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ТРИВАЛО ПРОТІКАЮЧОЇ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ**

**2.** НДР «Ускладнення терапії психотропними середниками при шизофренії та депресивних розладах», номер державної реєстрації: 0115U004881.

**3.** Психіатрія.

**4.** 2++

**5.** Ivan R. Romash, Mykhailo I. Vynnyk. Peculiarities of brain-derived neurotrophic factor and matrix metalloproteinase-9 expression dynamics in patients with paranoid schizophrenia depending on the duration of the disease. Wiadomości Lekarskie, 2021, Volume LXXIV, Issue 11 Part 1, November s.2728-32.

**6.** Немає.

**7.** Спосіб прогнозування несприятливого перебігу тривало протікаючої параноїдної шизофренії шляхом оцінки експресії BDNF та MMP-9 у плазмі крові поряд із загальноклінічними, біохімічними та імуноферментними дослідженнями.

**8.** Внаслідок впровадження даної методики в клінічну практику, вдасться вдосконалити процес діагностики доклінічних порушень, які розвиваються в пацієнтів із параноїдною шизофренією, шляхом визначення експресії BDNF та MMP-9 у плазмі крові поряд із загальноклінічними, біохімічними та

імуноферментними дослідженнями. В результаті такої уніфікованої процедури діагностики, забезпечується швидка відповідь про ознаки початкових порушень в процесах нейропластичності, яка дозволяє прийняти вірну тактику подальшого комплексного лікування пацієнта.

**9.** Лабораторні набори «RayBio® Human MMP-9 Enzyme Immunoassay Kit» та «RayBio® Human BDNF Enzyme Immunoassay Kit». (RayBiotech, Inc. USA).

**10.** Рання діагностика доклінічних порушень в процесах нейропластичності, які розвиваються в пацієнтів із параноїдною шизофренією.

**11.** Немає.

**12.** Дотримання правил техніки безпеки та чітких інструкцій до застосування вказаних наборів.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології.

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н. Ромаш І. Р.; д.мед.н., проф. Пустовойт М. М.

**Контактна особа:** Ромаш І. Р. +380 976430271.

### Реєстр. № 109/8/22

#### **1. УНІФІКОВАНА КАРТА ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЧНОЇ НЕБЕЗПЕКИ**

**2.** НДР «Розробити алгоритм медико-психологічної допомоги пацієнтам з тривожно-фобічними розладами в умовах епідемічної небезпеки»; назва етапу 2021 р.: «Розроблення інструментарію дослідження з метою надання медико-психологічної допомоги пацієнтам з тривожно-фобічними розладами у період епідемічної небезпеки», номер державної реєстрації: 0121 U100205.

**3.** Сімейна медицина, психіатрія.

**4.** 2+ С.

**5.** Охоронні документи відсутні.

#### **6. Технологічна пропозиція (ТП), її відомості**

**1.** Назва ТП: «Уніфікована карта дослідження пацієнтів з тривожно-фобічними розладами в умовах епідемічної небезпеки».

**2.** Короткий (анотаційний) і детальний опис технології чи процесу, що пропонується. Наукове повідомлення відноситься до сфери сімейної медицини та психіатрії. Пропонується Уніфікована карта дослідження, яка складається з спеціальних клініко-анамнестичних, психодіагностичних, клініко-психопатологічних методів обстеження осіб з тривожно-фобічними розладами в умовах епідемічної небезпеки, що дозволяють в повному обсязі дослідити клініко-пато-психологічні феномени, що визначають провідну патологічну симптоматику; характерні діагностичні, клінічні, клініко-психологічні, пато-психологічні та психопатологічні особливості тривожно-фобічних розладів, та, виходячи з цього, запропонувати найдієвіші методи лікування та реабілітації.

**3.** Які інноваційні риси. Використання розробленого інструментарію дослідження тривожно-фобічних розладів у пацієнтів в умовах епідемічної небезпеки дає можливість сімейним лікарям виявляти на ранніх етапах вище зазначені розлади та

надавати пацієнтам більш кваліфіковану медичну допомогу.

*Яку вигоду ці особливості нададуть тим, хто буде застосовувати цю технологію.* Запропонована Уніфікована карта дослідження пацієнтів з тривожно-фобічними розладами в умовах епідемічної небезпеки дає значну перевагу сімейним лікарям в порівнянні з лікарями інших спеціальностей без відповідного інструментарію, у виявленні тривожно-фобічних розладів у пацієнтів на ранніх етапах серед загальнополіклінічного контингенту осіб та, відповідно, надання їм необхідної висококваліфікованої медичної допомоги.

*Ключові технологічні слова, що описують технологію:* сімейна медицина, тривожно-фобічні розлади, медична допомога.

4. *Поточна стадія розвитку технології.* Науково-дослідна робота, проміжний етап.
5. *Області її ринкових застосувань.* Заклади охорони здоров'я.
6. *Інформація про статус прав інтелектуальної власності на технологію.* Охоронні документи відсутні.
7. *Повинні бути чітко визначені цілі потенційного партнерства і тип бажаної угоди.* Випробування нових застосувань.
8. *Короткі відомості про осіб, що пропонують ТП.*

Табачников С.І. – д.мед.н., проф., Президент АНВО України, м. Київ; Хаустова О.А. – д.мед.н., проф.; проф. кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ; Осуховська О.С. – д.мед.н., с.н.с., п.н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; Синіцька Т.В. – канд. психол. наук, с.н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; Марков А.Р. – канд. психол. наук, с.н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; (тел. (044) 468-32-15); Салдень В.І. – к.мед.н., завідувач відділу психіатрії станів залежності ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; Калугін І.В. – к.мед.н., директор КНП «Психіатрична лікарня» №7, м. Маріуполь; (тел. (044) 468-32-15); Коваленко Н.О. – к.мед.н., КНП «Обласна психіатрична лікарня №4» Одеської обласної ради, м. Білгород – Дністровський, (тел. (044) 468-32-15).

7. Наукове повідомлення відноситься до сфери сімейної медицини та психіатрії та дозволяє виявляти тривожно-фобічні розлади у пацієнтів та ефективно надавати медико-соціальну допомогу особам з тривожно-фобічними розладами, що звертаються до сімейного лікаря.

8. Удосконалення системи охорони здоров'я за рахунок науково-методичного забезпечення фахівців у галузі сімейної медицини комплексом діагностики тривожно-фобічних розладів, а саме уніфікованою картою дослідження пацієнтів з тривожно-фобічними розладами в умовах епідемічної небезпеки, що дозволить не лише своєчасно виявляти осіб, які мають відповідні розлади, а й значно покращити якість надання медичної допомоги даному контингенту хворих, дозволить зменшити витрати на спеціалізовану психіатричну допомогу таким пацієнтам.

9. Відповідна кваліфікація спеціалістів, Уніфікована карта дослідження пацієнтів з

тривожно-фобічними розладами в умовах епідемічної небезпеки.

10. Особи, які звертаються за допомогою до сімейного лікаря.

11. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня кваліфікації.

12. Не спостерігалось.

13. Державна установа «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ-80, вул. Кирилівська, 103; тел.(044) 468-32-15; e-mail: undisspn@ukr.net.

14. Відсутні.

15. Д.мед.н., проф. Табачников С.І.; д.мед.н., проф. Хаустова О.А.; д.мед.н., с.н.с. Осуховська О.С.; к.психол.н., с.н.с. Синіцька Т.В.; к.психол.н., с.н.с. Марков А.Р.; к.мед.н. Салдень В.І.; к.мед.н. Калугін І.В.; к.мед.н. Коваленко Н.О.

**Контактна особа:** Табачников С.І. +38 044 4683215.

## **ПУЛЬМОНОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 110/8/22**

### **1. СПОСІБ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

2. НДР «Деякі закономірності розвитку коморбідних станів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та можливості їх немедикаментозної корекції», номер державної реєстрації: 0120U101711.

3. Фізіотерапія; пульмонологія; гастроентерологія; сімейна медицина-загальна практика.

4. 2+С .

5. Патент на корисну модель № 126824 Україна (51) МПК (2018.01) А61В 5/00 G01N 33/49 (2006.01), G01N 33/493 (2006.01). Спосіб скринінгової діагностики функціонального стану органів травлення і нирок - № u 2018 00244; заявл. 09.01.2018; опубл. 10.07.2018, Бюл. № 13

6. Немає.

7. Епідеміологічними дослідженнями встановлено, що майже у половини хворих на ХОЗЛ зустрічаються морфофункціональні ушкодження підшлункової залози, перебіг яких, як правило, носить субклінічний характер і найчастіше діагностується диспанкреатизм. Зважаючи на те, що екзокринна і ендокринна частини підшлункової залози тісно пов'язані між собою як анатомічно, так і функціонально, у випадку тривалого перебігу захворювання відбувається трансформація паренхіми підшлункової залози з переродженням залозистої тканини у сполучну і жирову та порушенням функції внутрішньої та зовнішньої секреції. На рівні зовнішньосекреторного дефіциту формується стан ферментативної недостатності, а на рівні внутрішньосекреторного – порушення толерантності до глюкози, і, як наслідок, панкреатогенний цукровий діабет. Своєчасне покращення функціонального стану підшлункової залози, особливо її секреторної постпрандіальної реакції, має велике значення в профілактиці цукрового діабету, зокрема панкреатогенного. Тому у хворих на ХОЗЛ рекомендується оцінка наявних

метаболических расстройств уже на начальных этапах развития заболевания (ХОЗЛ I та II ст.), особливо у пацієнтів з COPD Assessment Test  $\geq 10$  балів, що дозволить вчасно діагностувати порушення інкреторної функції підшлункової залози ще на доклінічному етапі та внести відповідні корекції в комплексне лікування.

Відомо, що із сечею виділяється переважно панкреатична амілаза. Це є однією із причин більшої достовірності дослідження рівня амілази сечі при оцінці функціонального стану підшлункової залози, ніж сироватки крові. Тому для раннього виявлення гіпосекреторних станів підшлункової залози та передумов розвитку її інкреторної недостатності і переддіабетичних станів проводять фракційне дослідження активності і дебіту  $\alpha$ -амілази сечі в міжтравний та травний періоди секреції - натще і після фізіологічного харчового подразника. Спосіб дає можливість комплексно оцінити діяльність підшлункової залози, в одному дослідженні визначити динаміку її зовнішньо- і внутрішньосекреторної функції в міжтравний і травний періоди секреції, визначити патогенетичні передумови порушення толерантності до глюкози та розвитку цукрового діабету.

Методика проводиться наступним чином: Вранці натще пацієнт звільняє сечовий міхур, через 60 хвилин збирає першу порцію сечі і одразу приймає харчовий подразник – пробний сніданок (8 г білка, 8 г жирів, 60 г вуглеводів, що складає близько 350-360 калорій). На протязі 60 хвилин після сніданку, кожні 30 хвилин пацієнт збирає сечу. У всіх порціях сечі визначають активність  $\alpha$ -амілази, наприклад, із застосуванням мікрометоду Вольгемута, та обчислюють дебіти уроамілази за спеціальною формулою. Динаміка дебітів  $\alpha$ -амілази в різні періоди секреції оцінюється за коефіцієнтами –  $K_a$  - через 30 ( $K_{a1}$ ), 60 ( $K_{a2}$ ) хвилин після пробного сніданку. Ці коефіцієнти обчислюють за формулами:  $K_{a1} = D_{a2-3}/D_{a1}$ , де  $D_{a1}$ -дебіт  $\alpha$ -амілази в період натще,  $D_{a2-3}$  – відповідно через 30 і 60 хвилин після пробного сніданку.

За характером секреторної реакції підшлункової залози на харчовий подразник визначають ризик формування та прогресування панкреатичної гіпосекреції і вторинного панкреатогенного цукрового діабету:

- показники активності та дебітів альфа-амілази в межах норми, збереження секреторній реакції підшлункової залози на харчовий подразник, що підтверджується нормальними або незначно зниженими коефіцієнтами  $K_{a1} - K_{a2}$ , (1,3-1,5), - свідчать про мінімальний ризик розвитку формування панкреатичної гіпосекреції та вторинного панкреатогенного цукрового діабету;

- зниження показників активності альфа-амілази (менше 16 г/год.л) як натще, так і в період травлення, помірно знижені рівні дебітів альфа-амілази у всі досліджувані періоди травлення, а також коефіцієнтів  $K_{a1} - K_{a2}$  (1,1-1,29) - підтверджують помірний ризик вторинного панкреатогенного цукрового діабету та переддіабетичний стан; в цьому випадку доцільним є проведення тесту на толерантність до глюкози;

- при значному зниженні показників активності (8 г/год.л і менше) та дебітів альфа-амілази (менше 200 г/год.л) у всі досліджувані періоди травлення і відсутності її реакції на харчове навантаження, зниження коефіцієнтів  $K_{a1} - K_{a2}$  (менше 1,1) підтверджують виражену панкреатичну гіпосекрецію та високий ризик

вторинного цукрового діабету; в цьому випадку слід провести повноцінне ендокринологічне обстеження пацієнта на предмет наявності у нього цукрового діабету.

**8.** Раннє виявлення функціональних порушень панкреатичної секреції дозволяє здійснювати їх своєчасну корекцію, є підґрунтям для цілеспрямованого дослідження порушень вуглеводного обміну та переддіабетичних станів, що дозволяє не лише упередити формування цукрового діабету, але й підвищити в загальному ефективність лікування хворих на ХОЗЛ за рахунок ранньої корекції панкреатичної гіпосекреції.

**9.** Набір реактивів та обладнання для визначення активності альфа-амілази сечі

**10.** Хронічне обструктивне захворювання легень

**11.** Немає.

**12.** Ускладнень за умови дотримання методики немає.

**13.** Державна установа «Науково-практичний медичний центр “Реабілітація” МОЗ України»

**14.** Немає.

**15.** С.н.с., д.мед.н. Лемко І.С.; с.н.с., к.мед.н. Гайсак М.О.; доц., к.мед.н. Дичка Л.В.; к.мед.н. Кудик В.Г.

**Контактна особа:** Гайсак М.О. +38 0312 658220; +38 0312 658225.

## **СТОМАТОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 111/8/22**

### **1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЛАНДУЛЯРНОГО ХЕЙЛІТУ**

**2.** НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування» номер державної реєстрації: 0115U001138.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Патент України на корисну модель №145099 UA, МПК А61К 9/08, МПК А61К 33/06, МПК А61К 31/00, МПК А61К 9/06, МПК А61Р 1/02 Спосіб лікування гландулярного хейліту / Рибалов О.В., Дев'яткіна Т.О., Литовченко І.Ю., Скікевич М.Г., Ніколішина Е.В., Іленко Н.М., Чечотіна С.Ю. - № u202002809; заявл.12.05.2020; опубл.25.11.2020; Бюл.№.22/2020.

**6.** Не має.

**7.** Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії хворих з гландулярним хейлітом.

**8.** Позитивний ефект даного способу лікування полягає в усуненні клінічних ознак під час лікування пацієнтів з гландулярним хейлітом.

**9.** «Бішофит Полтавський», 10% розчин, мазь «Тіотріазолін» 2%.

**10.** Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є прояви у пацієнтів симптомів гландулярного хейліту.

**11.** Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Д.мед.н., проф. **Рибалов О. В.**; д.мед.н., проф. **Дев'яткіна Т. О.**; к.мед.н., доц. Литовченко І. Ю.; Скікевич М. Г.; к.мед.н., доц. Ніколішина Е. В.; к.мед.н., Іленко Н. М.; к.мед.н., доц. Чечотіна С. Ю.

**Контактна особа:** Литовченко І. Ю. +38 0532 561237.

## Реєстр. № 112/8/22

### 1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ РЕЄСТРАЦІЇ РУХІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

2. НДР «Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, ураження тканини пародонту та скронево – нижньощелепного суглобу у дорослих», номер державної реєстрації: 0117U000302.

3. Стоматологія.

4. 2 +; С.

5. Патент України на корисну модель № 145865, МПК (06.01.2021) А61С 19/04 (2006.01). Пристрій для реєстрації рухів нижньої щелепи / Король Д.М., Тончева К.Д., Король М.Д., Кіндій Д.Д., Запорожченко І.В., Зубченко С.Г., Калашніков Д.В., Рамусь А.М. № u 2020 04747; Заявл. 27.07.2020; Опубл. 06.01.2021, Бюл. № 1.

6. Король Д. М. Швидкість рухів нижньої щелепи за даними відеокінезіографії / Д. М. Король, Д. В. Калашніков, Д. Д. Кіндій // Питання експериментальної та клінічної стоматології : зб. наук. праць. – Харків : ФОП Бровін О. В, 2019. – Вип. 15 : Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми ортопедичної стоматології», присвяченій 40-річчю відновлення кафедри ортопедичної стоматології Харківського національного медичного університету, Харків, 6–7 грудня 2019 р. – С. 65–66.

7. Пристрій містить шоломоподібне кріплення на голові пацієнта, WEB – камеру, Г – подібний штатив, персональний комп'ютер.

Обстеженому на голову надівають шоломоподібне кріплення і дають завдання, згідно з програмою запланованого дослідження, а саме: відтворення шаблонних рухів у двох площинах (вгору та вниз, вправо та вліво), або жування стандартизованих зразків як імітація звичайного жування.

Маркер фіксують на підборідді за допомогою театрального клею. Як маркер використовують пінопластові напівкулі з діаметром 15 мм, на які додатково маркером наносять чорну округлу мітку.

Для відтворення процесу звичайного жування, особам, які брали у експерименті, пропонують пережовування крекерна печива прямокутної форми з розмірами 30 мм на 15 мм та товщиною 3 мм. Процедура жування фіксують на відео за допомогою WEB – камери від моменту введення зразка у порожнину рота аж до моменту ковтання. Жування зразка відтворювалося кожною особою тричі.

Подібне розташування WEB – камери дозволяє реєструвати рухи нижньої щелепи, залишаючи поза увагою можливі рухи голови, які б могли суттєво спотворити

результати запису. Інформація з WEB – камери через дрiт передається на персональний комп'ютер для подальшої обробки

Запропонована авторами корисна модель дозволяє максимально iмобiлізувати голову людини пiд час проведення дослiдження i можливiсть визначення положення нижньої щелепи у вiдповiдний момент часу з високою точнiстю.

**8.** Запропонована корисна модель дозволяє максимально iмобiлізувати голову людини пiд час проведення дослiдження i можливiсть визначення положення нижньої щелепи у вiдповiдний момент часу з високою точнiстю.

Крiм того, вищезазначена модель забезпечує безконтактнiсть процедури, що передбачає вiльний рух нижньої щелепи та нормальнi оклюзiйнi спiввiдношення зубних рядiв та швидкiсть i простоту проведення дослiдження в умовах амбулаторного прийому.

Окремо слiд зазначити, що пристрiй дозволяє проводити дослiдження жувальної функцiї при будь – якiй ситуацiї щодо варiантiв часткової вiдсутностi зубiв, або при повнiй iхнiй вiдсутностi.

**9.** Шоломоподiбне крiплення на голові пацiєнта, WEB – камеру, Г – подiбний штатив, персональний комп'ютер.

**10.** Пристрiй для реєстрацiї рухiв нижньої щелепи з цiллю визначення жувальної ефективностi.

**11.** Не виявлено.

**12.** Можливі помилки: можливе спотворене зображення на WEB – камерi, iнколи порушується фiксацiя WEB–камери на Г–подiбному штативi.

Шляхи усунення: перевiряти якiсть фiксацiї WEB–камери.

**13.** Полтавський державний медичний унiверситет

**14.** Вiдсутнi

**15.** Д.мед.н., проф. Король Д. М.; Тончева К. Д.; д.мед.н., проф. Король М.Д.; к.мед.н., доц. Кiндiй Д. Д.; Запорожченко I. В.; Зубченко С. Г.; к.мед.н. Калашнiков Д.В.; Рамусь А. М.

**Контактна особа:** Король Д. М. +380 507343050.

## **Реєстр. № 113/8/22**

### **1. СПОСiБ РЕМiНЕРАЛiЗАЦiї ЕМАЛi ТА ДЕНТИНУ КОРЕНЯ ЗУБА**

**2.** НДР «Механiзми впливу хвороботворних факторiв на стоматологiчний статус осiб iз соматичною патологiєю, шляхи iх корекцiї та блокування», номер державної реєстрацiї: 0115U001138.

**3.** Стоматологiя.

**4.** 2+; С.

**5.** Патент України на корисну модель №137648 UA, МПК А61К 6/00, А61Р 1/02 {2006.01). Спосiб ремiнералiзацiї емалi та дентину кореня зуба / Костиренко О.П., Мельник В.Л., Шевченко В.К.; заявник i патентовласник «УМСА» - № u2019 05412; Заявл. 20.05.2019; Опубл. 25.10.2019. Бюл. №20.

**6.** Не має.

7. Запропонований спосіб ремінералізації емалі та дентину кореня зуба забезпечує хімічну обтурацію дентинних каналців осадам фосфату кальцію в товщі внутрішнього поверхневого шару стінки кореневого каналу із його численних відгалужень верхівкової ділянки.
  8. Зазначений спосіб використовується для консервативного лікування пульпіту, періодонтиту та усунення гіперестезії є більш ефективним в порівнянні з відомими способами, тому що при його застосуванні проводиться одноразове використання запропонованого розчину без застосування додаткового обладнання, а самостійно утворений осад фосфату кальцію із власних резервів ліквору дентинних каналців є природньою сполукою в твердих тканинах зубів, завдяки чому зростає ефективність віддалених термінів лікування та максимально зменшується токсична дія штучних хімічних реагентів.
  9. Запропонований фосфатний буфер, біла глина, стоматологічні інструменти.
  10. Наявність запальних процесів пародонту, які призводять до гіперестезії твердих тканин зуба та одонтопатологія визначені основними клінічними і додатковими методами дослідження згідно протоколів надання медичної допомоги.
  11. Алергічна реакція на препарат.
  12. Можлива помилка – недотримання методики лікування, що проявиться відповідною запальною реакцією.
  13. Полтавський державний медичний університет
  14. Відсутні
  15. К.мед.н. Костиренко О. П.; к.мед.н. Мельник В. Л.; к.мед.н. Шевченко В.К.
- Контактна особа:** Костиренко О. П. +380 680708538.

### Реєстр. № 114/8/22

#### 1. СПОСІБ СВІТЛОЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ПАРОДОНТУ

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», номер державної реєстрації: 0115U001138.
3. Стоматологія.
4. 2+; С.
5. Патент України на корисну модель №141478 UA, МПК А61N 5/067 (2006.01) Спосіб світлолікування захворювань пародонту / Костиренко О.П., Мельник В.Л., Шевченко В.К.; заявник і патентовласник «УМСА» - № u2019 10082; Заявл.30.09.2019; Опубл. 10.04.2020. Бюл. №7.
6. Не має.
7. Спосіб світлолікування патології пародонту, що включає при пародонтиті введення в пародонтальну кишеню фотосенсибілізатора “Фотодитазин” з подальшим лазерним опроміненням вказаної ділянки, використовуючи «R» спектр приладу Lux Dent UFL-122, на глибину 3,5 см.
8. Запропонований спосіб фізіотерапевтичного лікування пародонтиту є більш ефективним в порівнянні з відомими способами, тому що при його застосуванні проводиться поверхневе опромінення ясен на відстані 3-5 мм без травматичного

введення світлопровідного зонда в пародонтальну кишеню. Прилад вітчизняного виробництва, що значно розширює його використання в практичній стоматології. В результаті взаємодії лазерного опромінення і фотосенсибілізатора «Фотодитазин» в товщі ясен створюються бактерицидні та ендогенно стимулюючі умови регенерації в значній зоні слизової оболонки.

**9.** Прилад Lux Dent UFL-122, фотосенсибілізатор “Фотодитазин”, світлопровідний наконечник діаметром 10 мм.

**10.** Комплексне лікування запальних та запально-дистрофічних процесів пародонту, гіперестезія твердих тканин зубів при наявних пародонтальних кишнях.

**11.** Алергічна реакція на препарат.

**12.** Можлива помилка – недотримання методики лікування, що проявиться відповідною запальною реакцією.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні

**15.** К.мед.н. Костиренко О. П.; к.мед.н. Мельник В. Л.; к.мед.н. Шевченко В.К.

**Контактна особа:** Костиренко О. П. +380 680708538.

### **Реєстр. № 115/8/22**

#### **1. МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ФОТОАКТИВОВАНОЇ ДЕЗІНФЕКЦІЇ ТА ЦИТРАТНОГО БУФЕРУ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТІВ ДІЛЯНКИ ФУРКАЦІЙ**

**2.** НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», номер державної реєстрації: 0115U001138.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Авторське право 102083 UA. Метод фотоактивованої дезінфекції та цитратного буферу для комплексного лікування періодонтитів ділянки фуркацій / Ю. В. Сідаш, О. П. Костиренко. заявка № с202100160; опубл. 27.01.2021.

**6.** Не має

**7.** Застосування фотоактивованої дезінфекції за допомогою лампи «UFL – 122» фірми «Люкс – Дент» червоного спектру, довжиною світлової хвилі 664 нм та розчину метиленового синього 2% у поєднанні з obturaцією фуркаційних каналів цитратним буфером, забезпечує високу ефективність ендодонтичного лікування та профілактику розвитку фуркаційних періодонтитів.

**8.** Запропонований спосіб поєднаного лікування фуркаційного періодонтиту є більш ефективним в порівнянні з відомими способами, тому що при його застосуванні проводиться поверхневе опромінення порожнини зуба променями червоного спектру апарату «UFL – 122» фірми «Люкс – Дент» потужністю 200 Вт, довжина хвиль 664 нм, які вільно активують фотосенсибілізатор (2% розчин метиленового синього) при експозиції 1 хв. Унаслідок активації антисептика-фотосенсибілізатора відбувається антибактеріальна дія в зоні фуркаційних каналів. Потім порожнину зуба

заповнюють пастою на основі цитратного буферу, який просочує дентинні каналці фуркаційної зони, що сприяє їх хімічній obturaції.

**9.** Прилад «Lux Dent UFL-122», фотосенсибілізатор 2% розчин метиленового синього, паста на основі цитратного буферу.

**10.** Комплексне лікування хронічних запальних процесів періодонту.

**11.** Алергічна реакція на препарат.

**12.** Можлива помилка – недотримання методики лікування, що проявиться відповідною запальною реакцією.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** К.мед.н., доц. Сідаш Ю. В.; к.мед.н. Костиренко О. П.

**Контактна особа:** Костиренко О. П. +380 680708538.

### **Реєстр. № 116/8/22**

#### **1. МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ**

**2.** НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Авторське свідоцтво №102770 Україна, Метод лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту / Н.М. Іленко, Т.О.Дев'яткіна, К.С.Непорада, Н.В. Розколуца, І.Ю. Литовченко, А.В. Марченко, Е.В.Ніколішина (Україна). - № с202100211; заявл. 22.01.21; опубл.23.02.21.

**6.** Не має.

**7.** Запропонований метод лікування може бути застосований для терапії пацієнтів з хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом.

**8.** Позитивний ефект даного методу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу пацієнтів з хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом після проведення комплексної терапії, а також у динаміці об'єктивного стану слизової оболонки порожнини рота.

**9.** Таблетки «Тіотріазолін», таблетки «АЕвіт», мазь «Тіотріазолін» 2%, льодяники «Тантум Верде».

**10.** Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є прояви у пацієнтів симптомів хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту.

**11.** Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

**12.** Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

**13.** Полтавський державний медичний університет

**14.** Відсутні.

**15.** К.мед.н. Іленко Н.М.; к.мед.н., доц. Дев'яткіна Т.О.; д.мед.н., проф. Непорада К.С.; к.мед.н., доц. Литовченко І.Ю.; д.мед.н., доц. Марченко А.В.; к.мед.н., доц. Розколуца Н.В.; к.мед.н., доц. Ніколішина Е.В.

**Контактна особа:** Іленко Н.М. +38 0532 561237.

## Реєстр. № 117/8/22

### **1. МЕТОД ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ**

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво №102770 Україна, Метод лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту / Н.М. Іленко, Т.О.Дев'яткіна, К.С.Непорада, Н.В. Розколупа, І.Ю. Литовченко, А.В. Марченко, Е.В.Ніколішина (Україна). - № с202100211; заявл. 22.01.21; опубл.23.02.21.

6. Відсутні.

7. Запропонований метод підтримуючої терапії може бути застосований в схемі лікування пацієнтів з хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом.

8. Позитивний ефект даного методу підтримуючої терапії полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу у пацієнтів з хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом через 6 та 12 місяців після проведення базового курсу комплексної терапії.

9. Таблетки «Тіотріазолін», таблетки «Лізак».

10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі підтримуючої терапії є досягнення довгострокового ефекту лікування симптомів хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту у пацієнтів.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Відсутні.

15. К.мед.н. Іленко Н. М.; к.мед.н., доц. Дев'яткіна Т. О.; д.мед.н., проф. Непорада К. С.; к.мед.н., доц. Литовченко І. Ю.; д.мед.н., доц. Марченко А. В.; к.мед.н., доц. Ніколішина Е. В. к.мед.н., доц. Чечотіна С. Ю.

**Контактна особа:** Іленко Н. М. +38 0532 561237.

## Реєстр. № 118/8/22

### **1. СПОСІБ ОБРОБКИ ДАНИХ ПОВЕРХНЕВОЇ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЇ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ**

2. НДР «Міждисциплінарний підхід до діагностики, профілактики та лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями», номер державної реєстрації: 0118U004343.

3. Стоматологія.

4. 2+; С

5. Патент України на корисну модель №144767 UA, МПК А61В 5/0488 (2006.01), А61С 19. Спосіб обробки даних електроміографії жувальних м'язів/ Смаглюк Л.В.,

Ляховська А.В., Смаглюк В.І.; заявник і патентовласник «УМСА» - № u202002819; Заявл. 12.05.2020; Опубл. 26.10.2020. Бюл. №20.

**6.** Немає

**7.** Запропонований спосіб обчислення даних дозволяє встановити ефективність та режим роботи кожного жувального м'язу та визначити тактику подальшої функціональної корекції за допомогою визначення індексів співвідношення максимальної та середньої амплітуди скорочення м'язів. Нами встановлене нормальне значення даного індексу, що складає від 4 до 7 і свідчить про оптимальну ЕМГ-активності жувальних м'язів у кожному конкретному клінічному випадку. Це вказує на оптимальне співвідношення між максимальною та середньою амплітудою м'язових скорочень, тобто у роботі м'язів є періоди активної роботи та періоди спокою, протягом яких спостерігається мінімальна м'язова активність, тоді як максимальна амплітуда не перевищує 1200мкВ.

**8.** Позитивний ефект полягає в тому, що запропонований спосіб дозволяє встановити ефективність роботи для кожного м'язу (скроневого, власне жувального з правої та лівої сторін) окремо і визначити режим його роботи, що дуже важливим показником у виборі тактики та контролю на всіх етапах стоматологічної реабілітації пацієнта. Спосіб об'єктивний, достовірний та швидкий, забезпечує максимальну деталізацію та систематизацію діагностичних критеріїв для їх однозначної трактовки при проведенні електроміографії жувальних м'язів.

**9.** Електроміограф, біполярні електроди для проведення поверхневої електроміографії, провідний гель, розчин спирту 70%, вата, ватні валики, комп'ютерна програма для цифрової обробки даних електроміографії.

**10.** Первинне функціональне обстеження пацієнтів з аномаліями прикусу, аномаліями зубних рядів, положення окремих зубів, дефектами зубних рядів, дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба, патологічним стиранням та контроль етапів комплексної стоматологічної реабілітації: ортодонтичного лікування, відновлення дефектів зубних рядів, анатомічної форми зубів.

**11.** Відсутні.

**12.** Відсутні.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Смаглюк Л. В.; к.мед.н. Ляховська А. В.; к.мед.н., доц. Смаглюк В.І.

**Контактна особа:** Ляховська А. В. +380 669945461.

## **Реєстр. № 119/8/22**

### **1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ОРГАНІЗМУ**

**2.** НДР «Роль транскрипційних факторів, системи циркадіадного осцилятора та метаболічних розладів в утворенні та функціонуванні патологічних систем», номер державної реєстрації: 0119 U103898.

**3.** Патофізіологія, лабораторна діагностика.

4. 2+; С

5. Патент на корисну модель №140928 Україна, МПК G01N 33/48 (2006.01). Спосіб діагностики стану ферментативного антиоксидантного захисту організму / Гоженко А.І., Горбач Т.В., Гришко Ю.М.; № u201909837; заявл 16.09.2019.; опубл. 10.03.2020, бюл. № 5

6. Гоженко АІ, Гришко ЮМ. Функціонально-метаболический континуум: фізіологія і патологія. Полтава: ТОВ НВП «Укрпромторг-сервіс»; 2020. 200 с.

7. Спосіб визначення ферментативного антиоксидантного захисту організму включає визначення вмісту хімічних елементів з антиоксидантними властивостями і продуктів окислення. Визначають співвідношення супероксиддисмутази і асиметричного диметиларгініну в змішаній слині і при співвідношенні меншому 15-18 у. о. роблять висновок про зниження ферментативного антиоксидантного захисту організму.

8. Новим у заявленому способі є вибір досліджуваного біологічного об'єкта, а саме змішаної слини. Прогресування більшості захворювань супроводжується окисно-нітрозативним стресом, при цьому основним окиснювачем є супероксидний аніон-радикал, здатний окислювати ліпіди, білки та інші біомолекули, сприяючи тим самим погіршенню перебігу основного захворювання. Однак, окисно-нітрозативний стрес може компенсуватися за рахунок збільшення активності супероксиддисмутази (СОД) при нормальному рівні ферментативного захисту організму. Якщо активності СОД недостатньо для компенсації окислативного стресу, окиснення зростає і ознакою цього є підвищення рівня асиметричного диметиларгініну (АДМА). Співвідношення окисненого аргініну (АДМА) і активної СОД у здорових осіб становить не менше 15-18 у. о. На початкових стадіях захворювання спостерігається збільшення концентрації АДМА (як 40 правило, незначне), але окисно-нітрозативний стрес компенсується за рахунок збільшення активності СОД. При тяжких станах СОД також активується, але цього вже недостатньо для компенсації окисно-нітрозативного стресу. Ознакою окислення в даному випадку є збільшення АДМА і зниження співвідношення СОД / АДМА.

9. Лікар-лаборант, зразки змішаної слини пацієнтів, наявність хімічних реактивів відповідно до методики.

10. Захворювання, що супроводжуються окисно-нітрозативним стресом (метаболический синдром, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, хронічний пародонтит, синдром системної запальної відповіді).

11. Відсутні

12. Відсутні

13. Полтавський державний медичний університет

14. Відсутні

15. К.мед.н. Гришко Ю.М.; д.мед.н. Костенко В.О.; д.мед.н. Катрушов О.В.; PhD Акімов О.Є.; Назаренко С.М.; к.мед.н. Соловйова Н.В.; к.мед.н. Міщенко А.В.; к.мед.н. Денисенко С.В.

**Контактна особа:** Денисенко С.В. 380 996042313.

**1. СПОСІБ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ ЗА УМОВ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ**

2. НДР «Роль транскрипційних факторів, системи циркадіадного осцилятора та метаболічних розладів в утворенні та функціонуванні патологічних систем», номер державної реєстрації: 0119 U103898.

3. Патологія.

4. 2+; С

5. Деклараційний патент на корисну модель № 130542 Україна, МПК G09B 23/28 (2006.01) A61K 6/00 A61K 31/353 (2006.01) A61P 1/02 (2006.01). Спосіб експериментальної терапії хронічного пародонтиту за умов системної запальної відповіді / Костенко В.О., Єлінська А.М., Акімов О.Є.; заявник та патентовласник: ВДНЗУ «УМСА» - № u 2018 07141; заявл. 25.06.2018 ; опубл. 10.12.2018, Бюл. № 23.

6. Yelins'ka A.M. Synergistic effect of quercetin and epigallocatechin-3-gallate as a agents for correction of connective tissue disruption in rats' periodontium under systemic and local administration of lipopolisaccharide of *Salmonella typhi* / A.M. Yelins'ka, V.O. Kostenko // Проблеми екології та медицини. – 2019. – Т. 23, №5-6. – С. 42-44.

7. Спосіб експериментальної терапії хронічного пародонтиту за умов системної запальної відповіді, який передбачає введення в організм щурів епігалокатехін-3-галату у дозі 21,1 мг/кг внутрішньоочеревинно 1 раз на 3 доби протягом 14 діб.

8. Спосіб є простим у виконанні, не вимагає коштовного обладнання. Використання епігалокатехін-3-галату у дозі 21,1 мг/кг внутрішньоочеревинно 1 раз на 3 доби протягом 14 діб дозволяє в експерименті на гризунах зменшити тяжкість перебігу хронічного пародонтиту на фоні системної запальної відповіді, зменшити вираженість симптомів та покращити якість життя хворих на хронічний пародонтит. Наведений спосіб нівелює вплив системної запальної відповіді на перебіг хронічного пародонтиту, що покращить ефективність традиційних методів терапії хронічного пародонтиту у разі їх комбінації.

9. Лікар-стоматолог, наявність хімічних реактивів відповідно до методики, шприц для ін'єкцій.

10. Експериментальне відтворення хронічного пародонтиту, ускладненого синдромом системної запальної відповіді, метаболічним синдромом, цукровим діабетом 2-го типу.

11. Немає.

12. Немає.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Немає.

15. PhD Акімов О.Є.; д.мед.н. Єлінська А.М.; Назаренко С.М.; к.мед.н. Міщенко А.В.; к.мед.н. Соловйова Н.В.; д.мед.н. Катрушов О.В.; д.мед.н. Костенко В.О.

**Контактна особа:** Акімов О. Є. +380 996042313.

**1. СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ РУХІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

2. Ініціативна НДР «Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, ураження тканини пародонту та скронево – нижньощелепного суглобу у дорослих», номер державної реєстрації: 0117U000302.

3. Стоматологія.

4. 2 +; С.

5. Патент України на корисну модель № 144888, МПК А61С 19/04 (2006.01). Спосіб дослідження рухів нижньої щелепи/ Король Д.М., Тончева К.Д., Король М.Д., Кіндій Д.Д., Соловей Л.В., Запорожченко І.В., Рамусь А.М. № у 202003932; Заявл. 30.06.2020; Опубл. 26.10.2020, Бюл. № 10.

6. Король Д. М. Швидкість рухів нижньої щелепи за даними відеокінезіографії / Д. М. Король, Д. В. Калашніков, Д. Д. Кіндій // Питання експериментальної та клінічної стоматології : зб. наук. праць. – Харків : ФОП Бровін О. В, 2019. – Вип. 15 : Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми ортопедичної стоматології», присвяченій 40-річчю відновлення кафедри ортопедичної стоматології Харківського національного медичного університету, Харків, 6–7 грудня 2019 р. – С. 65–66.

7. Спосіб дослідження рухів нижньої щелепи, що включає відео зйомку процесу первинного жування тестового зразка випробовуваним за допомогою веб-камери з переднім кріпленням маркера на його підборіддя і подальший аналіз отриманого цифрового зображення за допомогою комп'ютерного забезпечення для визначення траєкторії руху нижньої щелепи, який відрізняється тим, що як тестовий матеріал використовують несолодке крекерне печиво, а як маркер – пінопластову на півсферу діаметром 15 мм, на якій відмічено точку стеження, при цьому веб-камеру Defender HD 720p закріплюють на штатив на рівні підборіддя випробовуваного, а штатив сполучений з кріпленням для голови, і аналіз жувального процесу обробляють за допомогою програми відеотрекінга Tracker, з відкритою ліцензією, з вільним правом на використання.

8. Сучасний портативний пристрій, здатний із високою точністю збирати, накопичувати та аналізувати одержану інформацію, забезпечує поліпшення зручності при його використанні для визначення показників стану м'язів в динаміці, а також високу економічну рентабельність, абсолютну простоту і доступність для дослідників.

9. Крекерне печиво, напівсфери з пінопласту діаметром 15мм, медичний або театральний клей, WEB – камера закріплена на штативі, який сполучений з кріпленням для голови, програма відеотрекінгу Tracker з відкритою ліцензією.

10. Для оцінки рухів нижньої щелепи.

11. Не виявлено.

12. Можливі помилки: наявність похибки при цифровому аналізі відеозапису через мікрорухи голови під час процесу жування.

Шляхи усунення: аналіз руху маркера відносно стабільно нерухомого предмета на відеоряді.

13. Полтавський державний медичний університет
  14. Відсутні
  15. Д.мед.н., проф. Король Д. М.; Тончева К. Д.; д.мед.н., проф. Король М. Д.; к.мед.н., доц. Кіндій Д. Д.; Соловей Л. В.; Запорожченко І. В.; Рамусь А. М.
- Контактна особа:** Король Д. М. +380 507343050.

### Реєстр. № 122/8/22

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ
  2. НДР «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування», номер державної реєстрації: 0117U004683.
  3. Стоматологія.
  4. 2+; С
  5. Патент України на корисну модель № 138774 UA, МПК(2019.01) A61C5/00 A61K6/00 A61Q11/00. Спосіб лікування періодонтиту тимчасових зубів / Труфанова В.П., Шешукова О.В., Поліщук Т.В., Бауман С.С., Казакова К.С., Мосієнко А.С.; заявник і патентовласник «УМСА»- № и 2019 05382; Заявл. 20.05.2019 р.; опубл. 10.12.2019р. Бюл. №23.
  6. Немає.
  7. Суть полягає у створенні способу лікування періодонтиту тимчасових зубів шляхом застосування антисептичного препарату та протимікробного і протизапального засобів. На етапі тимчасової герметизації зубу використовують розчин, що містить амоксицилін, метронідазол, диметилсульфоксид та крезодент з наступним obturuvannya кореневих каналів пастою на основі евгенолу та крезоденту, що готується *ex tempore*.
  8. *Медичні та економічні.* Підвищення клінічної ефективності лікування періодонтиту тимчасових зубів та його профілактичній направленості на зменшення ймовірності ускладнень клінічній та протирецидивній ефективності після використання, відсутності побічних ефектів, має тривалу клінічну ремісію.
  9. Лікар-стоматолог, обладнаний стоматологічний кабінет; стерильний набір стоматологічного інструментарію, пульпоекстрактори, К-римери, К-файли, каналонаповнювач, рентгенапарат.
  10. Періодонтит тимчасових зубів.
  11. Протипоказанням до застосування є реакції гіперчутливості на амоксицилін, метронідазол, диметилсульфоксид, крезодент та евгенол.
  12. Не виявлено.
  13. Полтавський державний медичний університет, кафедра дитячої стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
  14. Відсутні.
  15. К.мед.н., доц. Труфанова В.П.; д.мед.н. Шешукова О. В., к.мед.н., доц. Поліщук Т.В.; Бауман С.С.; Казакова К.С.; Мосієнко А.С.
- Контактна особа:** Труфанова В. П. +380 505910092.

## Реєстр. № 123/8/22

### **1. ЧАСТКОВИЙ ЗНІМНИЙ ПРОТЕЗ ІЗ ІНТЕРПРОКСИМАЛЬНИМ ФІКСАТОРОМ**

2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», номер державної реєстрації: 0116U004188.

3. Стоматологія ортопедична.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель Україна 148817, МПК А61С 5/30, 5/70 (2017.01). Частковий знімний протез із інтерпроксимальним фіксатором / Тарашевська Ю.Є. (UA), Шиян Є.Г. (UA).; заявник та патентовласник ПДМУ - № u 2021 01009; Заявл.01.03.2021; Опубл. 22.09.2021, Бюл.№38.

6. Не має.

7. Фіксація ЧЗП в порожнині відбувається завдяки запропонованого інтерпроксимального фіксатора з еластичного матеріалу.

8. Використання інтерпроксимальних фіксаторів забезпечують кращий естетичний вигляд, кращу фіксацію протеза, навіть дають можливість відмовитися від інших фіксуєчих пристроїв та не потребує препарування опорних зубів.

9. Освоєння методики виготовлення ЧЗП з еластичним фіксатором між опорними зубами.

14. Включені дефекти зубних рядів, опорні зуби яких мають виражений екватор або наявності їх мезіодистального нахилу.

15. Не має.

16. Не має.

17. Полтавський державний медичний університет

14. Відсутні.

15. PhD Тарашевська Ю.Є.; к.мед.н., доц. Шиян Є.Г.

**Контактна особа:** Тарашевська Ю. Є. +38 05322 609574.

## Реєстр. № 124/8/22

### **1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МЕТЕОРОЛОГІЧНОГО ХЕЙЛІТУ**

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», номер державної реєстрації: 0115U001138.

3. Стоматологія.

4. 2+; С

5. Патент України на корисну модель №145235 UA, МПК А61К 6/00, МПК А61К 31/00, МПК А61Р 1/02 Спосіб лікування метеорологічного хейліту / Рибалов О.В., Дев'яткіна Т.О., Литовченко І.Ю., Чечотіна С.Ю., Іленко Н.М., Марченко А.В. - № u202004156; заявл. 08.07.2020; опубл. 25.11.2020; Бюл. №22/2020.

6. Не має.

7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії пацієнтів з метеорологічним хейлітом.

**8.** Позитивний ефект даного способу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного статусу у пацієнтів з метеорологічним хейлітом після проведення комплексної терапії, а також у позитивній динаміці об'єктивного стану слизової оболонки та червоної кайми губ.

**9.** Мазь «Тіотріазолінова» 2%, препарати «Тіотріазолін», «АЕвіт».

**10.** Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є прояви у пацієнтів симптомів метеорологічного хейліту.

**11.** Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

**12.** Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

**13.** Полтавський державний медичний університет

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Рибалов О. В.; д.мед.н., проф. Дев'яткіна Т. О.; к.мед.н., доц. Литовченко І. Ю.; д.мед.н., доц. Марченко А. В.; к.мед.н., доц. Чечотіна С. Ю.; к.мед.н. Іленко-Лобач Н. В.; к.мед.н. Іленко Н.М.

**Контактна особа:** Литовченко І. Ю. +38 0532 561237.

### Реєстр. № 125/8/22

#### **1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АКТИНІЧНОГО ХЕЙЛІТУ**

**2.** НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», номер державної реєстрації: 0115U001138.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2+; С

**5.** Патент України на корисну модель №143148 UA, МПК (2020.01) А61К 31/00, МПК А61Р 1/02 Спосіб лікування актинічного хейліту/ Дев'яткіна Т.О., Рибалов О.В., Чечотіна С.Ю., Литовченко І.Ю., Ніколішина Е.В., Іленко Н.М., Марченко А.В. - № u2020 01136; заявл. 21.02.2020; опубл. 10.07.2020; Бюл.№13.

**6.** Не має.

**7.** Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії хворих з актинічним хейлітом.

**8.** Позитивний ефект даного способу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу пацієнтів з актинічним хейлітом після проведення комплексної терапії, а також у динаміці об'єктивного стану слизової оболонки та червоної кайми губ.

**9.** Мазь «Тіотріазолінова» 2%, таблетки «Еріус».

**10.** Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є прояви у хворих симптомів актинічного хейліту.

**11.** Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

**12.** Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

**13.** Полтавський державний медичний університет

**14.** Відсутні.

15. К.мед.н., доц. Литовченко І. Ю., д.мед.н., проф. Дев'яткіна Т. О.; д.мед.н., проф. Рибалов О. В.; к.мед.н., доц. Чечотіна С. Ю.; д.мед.н., доц. Марченко А. В.; к.мед.н., доц. Ніколішина Е. В.; к.мед.н. Іленко Н.М.

**Контактна особа:** Литовченко І. Ю. +38 0532 561237.

## Реєстр. № 126/8/22

### 1. СПОСІБ ОТРИМАННЯ МОДЕЛІ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ІЗ ПАРАЛЕЛЬНОЮ ДО НІР-ПЛОЩИНИ ПЛОЩИНОЮ ОСНОВИ МОДЕЛІ ЗА ДОПОМОГОЮ ШТИФТІВ І Т-ПОДІБНОЇ РАМКИ

2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

3. Стоматологія.

4. 2++

5. Подано заявку на патент України на винахід за номером 120990 “Спосіб отримання гіпсової моделі верхньої щелепи із паралельною до нір-площини площиною основи моделі за допомогою штифтів і Т-подібної рамки”

6. Немає.

7. Винахід належить до медицини, а саме до ортопедичної стоматології і призначений для того, щоб забезпечити ідентичність горизонтальності плоскості оклюзії в порожнині рота і в артикуляторі. Заявлений спосіб отримання гіпсової моделі верхньої щелепи із паралельною до НІР-плоскості площиною основи моделі за допомогою штифтів і Т-подібної рамки вирішується за рахунок того, що перед відливкою гіпсової моделі верхньої щелепи у відбиток на ділянки негативного відображення трьох НІР точок поміщують залізні штифти однакової довжини. Штифти виконані залізними для взаємодії з магнітом, а однакова довжина забезпечить перенос проєкції трьох точок НІР-плоскості на площину основи відливої моделі, зберігаючи паралельність НІР-площини на моделі з площиною її основи. Поміщують один штифт конусним кінцем у ямку-відбиток міжрізцевого сосочка, а два інших штифта клинчастими кінцями у шліцеподібні заглиблення-відбитки крилощелепних складок. Штифти іншими кінцями у вигляді шляпок на торцях своїми плоскими поверхнями перпендикулярно контактують, пересуваються і скріплюються у заданому положенні над точками НІР із плоскими магнітними поверхнями, що розміщені на кінцях Т-подібної рамки у відповідності проєкціям НІР відбиткових відображень. Рамка Т-подібної форми, забезпечує достатній доступ до відбитка. Проводять заливку супергіпсом відбитка із встановленими штифтами, а на заключному етапі після затвердіння супергіпсу і перед формуванням основи моделі Т-подібну рамку знімають. На шляпки штифтів накладають скляну пластину і заповнюють простір гіпсом для моделей остаточно замуруючи штифти до поверхні шляпок. Прозорий матеріал допомагає контролювати щільність прилягання поверхонь шляпок штифтів до пластини, а після твердіння гіпсу отримувати ідеально плоску і паралельну до НІР-площини площину основи моделі для подальшого її

прикладання і закріплення до верхньої рами артикулятора. Перевага запропонованого винаходу полягає в оптимізації точного переносу положення верхньої щелепи в артикулятор по сагітальній і горизонтальній площинкам.

**8.** Перевага запропонованого способу отримання гіпсової моделі верхньої щелепи із паралельною до НІР-плоскості площиною основи моделі і пристосування для його здійснення 5 полягає в оптимізації точного переносу положення верхньої щелепи в артикулятор по сагітальній і горизонтальній площинкам.

**9.** Універсальний артикулятор, гіпсова модель щелеп.

**10.** Для оптимізації точного переносу положення верхньої щелепи в артикулятор по сагітальній і горизонтальній площинкам.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Відсутні.

**15.** К.мед.н., доц. Іванов С. О.; к.мед.н., доц. Іванова Н. С.

**Контактна особа:** Іванов С.О.

### **Реєстр. № 127/8/22**

## **1. СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ПІДЛІТКІВ**

**2.** НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2++

**5.** Подано заявку на патент України на винахід за номером 143427 «Спосіб місцевого лікування катарального гінгівіту в підлітків»

**6.** Немає.

**7.** Спосіб місцевого лікування катарального гінгівіту в підлітків, який відрізняється тим, що для місцевої терапії застосовується нестероїдний протизапальний препарат із знеболювальними та протиексудативними властивостями Фортеза у вигляді полоскань ротової порожнини протягом 20-30 секунд, використовуючи один мірний ковпачок (15 мл) розчину для полоскання (дозу для полоскання можна розвести такою ж кількістю води у разі необхідності), 2-3 рази з інтервалом 3-4 години протягом 5 днів та розсмоктування по 1 пастилки після чистки зубів пробіотика «Біогая ПроДентіс» курсом 25-30 днів.

**8.** Розглядаючи перспективи застосування даного місцевого лікування КГ, слід зазначити, що його переваги визначаються приналежністю до групи препаратів, які не володіють високою токсичністю та не викликають дисбактеріоз. Дане місцеве лікування дозволить забезпечити стійкий терапевтичний ефект та подовження

ремісії у підлітків з катаральним гінгівітом. Це є однією з переваг використання даного комплексу в місцевому лікуванні КГ.

**9.** Розчин «Фортеза», пробіотик «Біогая ПроДентіс».

**10.** Лікування катарального гінгівіту у підлітків.

**11.** Індивідуальна непереносимість до препаратів.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Відсутні.

**15.** К.мед.н. Лісецька І. С.; д.мед.н., проф. Рожко М. М.; к.мед.н., доц. Кривенький Т. П.

**Контактна особа:** Лісецька І. С.

### Реєстр. № 128/8/22

#### **1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ОБ'ЄМУ ЗРАЗКА МАТЕРІАЛУ**

**2.** НДР «Комплексне морфофункціональне дослідження та обґрунтування застосування сучасних технологій для лікування та профілактики стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації: 0121U109242.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2+

**5.** Отримано патент України на корисну модель за номером 1487689 «Пристрій для вимірювання об'єму зразка матеріалу»

**6.** Немає.

**7.** Пристрій для вимірювання об'єму зразка матеріалу містить ємність продовгуватої форми, яка складається із двох ділянок різної товщини, тонша ділянка виконана у вигляді трубки з постійною площею поперечного перерізу. Торець тоншої частини пристрою заглушений, а торець ширшої частини виконаний відкритим. Пристрій додатково містить заглушку, форма і розміри якої забезпечують ізоляцію порожнини пристрою від зовнішнього середовища.

**8.** Здійснено вимірювання об'єму восьми відбитків верхніх та нижніх щелеп із застосуванням запропонованого пристрою та методом гідростатичного зважування. Отримані результати в межах допустимих похибок співпадали, проте, при застосуванні запропонованого пристрою відпала необхідність застосування терезів, що спрощує інструментальне забезпечення та скорочує час вимірювання.

**9.** Силіконова відбиткова маса, коригуюча маса, відбитки верхніх та нижніх щелеп.

**10.** Корисна модель належить до вимірювальної техніки і може бути застосована для вимірювання об'єму зразків матеріалу в твердому, рідкому та пастоподібному стані, зокрема в ортопедичній стоматології для періодичного вимірювання об'єму відбитків при дослідженні атрофії альвеолярного відростка щелепи.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Рожко М. М.; д.мед.н., проф. Палійчук І. В., Локота Ю. Є.; к.мед.н., доц. Палійчук В. І.; Палійчук М. І.; Грицак М.Є., Локота Є. Ю.; Вовчок Р. В.

**Контактна особа:** Рожко М. М

### **Реєстр. № 129/8/22**

## **1. СПОСІБ ПОРІВНЯЛЬНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**2.** НДР «Комплексне морфофункціональне дослідження та обґрунтування застосування сучасних технологій для лікування та профілактики стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації: 0121U109242

**3.** Стоматологія.

**4.** 2+

**5.** Отримано патент України на корисну модель за номером 145999 «Спосіб порівняльної ідентифікації стоматологічних полімерних матеріалів».

**6.** Немає.

**7.** Спосіб порівняльної ідентифікації стоматологічних полімерних матеріалів включає виготовлення зразка досліджуваного матеріалу та зразка для порівняння у вигляді однакових по формі та розмірах пластин та дослідження їх фізичних параметрів в ідентичних умовах. Обидва зразка розташовують горизонтально на підставці таким чином, що під середніми частинами зразків відсутні опори, зверху цих частин розташовують ідентичні тягарці. Досліджуваний зразок та зразок для порівняння разом із підставками та тягарцями розміщують в термостат, одночасно нагрівають і визначають температури, при яких відбувається розм'якшення зразків. Якщо ці температури значно відрізняються, роблять висновок, що матеріали, з яких виготовлені зразки, неідентичні.

**8.** Застосувавши запропонований спосіб, по різниці температур, при яких 50 відбувається значне розм'якшення матеріалів, можна встановити, чи ідентичні матеріали, з яких виготовлені досліджувані зразки.

**9.** Нейлонові та акрилові матер яли.

**10.** Корисна модель належить до стоматологічного матеріалознавства і може бути застосована для ідентифікації стоматологічних матеріалів.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Палійчук І. В.; д.мед.н., проф. Локота Ю. Є.; Палійчук М. І.; Грицак М. Є.; к.мед.н., доц. Палійчук В. І.; Локота Є. Ю.; Вовчок Р. В.; Маляр А. В.

**Контактна особа:** Палійчук І. В.

**1. СПОСІБ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ ЩЕЛЕП ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЗУБНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТУ**

**2.** НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2++

**5.** Подано заявку на патент України на корисну модель за номером 143876 «Спосіб кісткової пластики щелеп із використанням зубного аутотрансплантату»

**6.** Немає.

**7.** Спосіб кісткової пластики щелеп включає забір аутотрансплантату, проведення оперативного доступу шляхом формування та відсепарування слизовоокісного клаптя, підготовку рецепієнтного ложа та наступну реконструкцію кісткового дефекту аутотрансплантатом, згідно з корисною моделлю попередньо проводять видалення інтактного зуба(ів) по парадонтологічних і/або ортодонтичних показаннях із наступним його(їх) механічним очищенням від зубних відкладень, залишків грануляцій чи парадонтологічної зв'язки, переміщенням обробленого зуба(ів) в стерильну камеру апарата "Smart Dentin Grinder", його перемеленням та отриманням мікрочастинок розміром до 300-1200 мкм із їх наступною хімічною обробкою в розчині 0,5 М NaOH та 30% спирту та промиванням в стерильному фосфатнобуферному розчині із наступною імплантацією отриманих частинок зубного аутотрансплантата в кістковий дефект хірургічним доступом шляхом розрізу та відсепарування слизовоокісного клаптя, механічної підготовки рецепієнтного кісткового ложа дефекту та заповненням його частинками зубного аутотрансплантату і ушиванням операційної рани.

**8.** Пропонований спосіб кісткової пластики щелеп з використанням зубного аутотрансплантату забезпечує зменшення трудомісткості й кількості операцій та попереджує ризик розвитку після операційних ускладнень як в місці забору, так і в рецепієнтній зоні, аж до повного резорбування аутотрансплантату.

**9.** Стерильна камера апарату «Smart Dentin Grinder» для отримання мікрочастинок розміром 300-1200 мкм, розчин 0,5 NaOH, 30% розчин спирту, набір хірургічного інструментарію для роботи із слизовоокисним клаптем для підготовки рецепієнтного ложа.

**10.** За показами парадонтологічного та ортодонтичного плану лікування.

**11.** Супутня патологія, цукровий діабет, бронхіальна астма в анамнезі, алергологічний статус.

**12.** Відторгнення імплантованої ділянки.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Рожко М. М.; Ступницький І.-О. Р.; к.мед.н., доц. Пантус А. В.

**Контактна особа:** Рожко М. М.

## Реєстр. № 131/8/22

### **1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПЕРЕНЕСЕННЯ ПОЛОЖЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В АРТИКУЛЯТОР ІЗ ОРІЄНТАЦІЄЮ МОДЕЛІ НА НІР-ПЛОЩИНУ**

2. НДР «Комплексне морфофункціональне дослідження та обґрунтування застосування сучасних технологій для лікування та профілактики стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації: 0121U109242.

3. Стоматологія.

4. 2+

5. Отримано патент України на винахід за номером 122981 “Пристрій для перенесення положення верхньої щелепи в артикулятор із орієнтацією моделі на НІР-площину”.

6. Немає.

7. Суть винаходу полягає у виключенні будь-яких різьбових закріплень на пристрої, а завдяки застосуванню кожного окремого стержня на кожену точку НІР, точність виведення її площини буде вищою, ніж при використанні столика LVI, де ділянки крилощелепних виїмок зв'язуються 45 одною металеву пластину.

8. Перевага запропонованого пристрою полягає в оптимізації використання НІР-методу, оскільки ні франкфуртська, ні камперовська горизонталі не є стабільними орієнтирами.

9. Артикулятор, гіпсова модель щелеп.

10. Винахід належить до медицини, а саме до ортопедичної стоматології, і призначений для того, щоб забезпечити ідентичність горизонтальності плоскості оклюзії в порожнині рота і в артикуляторі.

11. Немає.

12. Немає.

13. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

14. Відсутні.

15. К.мед.н., доц. Іванов С. О.; д.мед.н., проф. Рожко М.М.; к.мед.н., доц. Іванова Н.С.

**Контактна особа:** Іванов С. О.

## Реєстр. № 132/8/22

### **1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ АДЕНТІЇ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

3. Стоматологія.

4. 2++

**5.** Подано заявку на патент України на корисну модель за номером 144234 “Спосіб корекції ускладнень при ортопедичному лікуванні адентії повними знімними пластинковими протезами хворих на цукровий діабет 2 типу”.

**6.** Немає.

**7.** Спосіб корекції ускладнень при ортопедичному лікуванні адентії повними знімними пластинковими протезами включає призначення лікувально-профілактичних місцевих засобів та засобів гігієни. При цьому хворим на цукровий діабет 2 типу, що користуються повними знімними пластинковими протезами, щоденно протягом 1 місяця призначають вітамінно- мінеральний комплекс “Алфавіт Діабет” по 1 таблетці 3 рази на день, полоскання ротової порожнини зубним протизапальним еліксіром “Лізомукоїд” після кожного прийому їжі (1 чайна ложка еліксиру на 1 склянку води), нанесення гелю “Dentaid Xeros” на поверхню протезу і відкриті ділянки слизової оболонки тонким шаром 2 рази на день, а також призначають розжовування жувальних таблеток вітаміну С (500 мг) 1 раз на добу.

**8.** Даним методом досягнуто корекції реологічних властивостей ротової рідини, розробленою лікувальною схемою, як у найближчі, так і у віддалені терміни спостереження. Значно покращили клінічний стан ротової порожнини, зникли запальні явища та сухість слизової оболонки ротової порожнини, підвищився рівень саливації, внаслідок патогенетично скерованої терапії.

**9.** Вітамінно-мінеральний комплекс «Алфавіт Діабет», протизапальний еліксир «Лізомукоїд», гель «Dentaid Xeros», жувальні таблетки «Вітамін С» 500 мг.

**10.** Для корекції реологічних властивостей ротової рідини при ортопедичному лікуванні у хворих на цукровий діабет 2 типу.

**11.** Індивідуальна непереносимість до вказаних препаратів в плані лікування.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Рожко М. М.; Лейбюк Л. В.

**Контактна особа:** Рожко М. М.

### **Реєстр. № 133/8/22**

## **1. СПОСІБ ЗНЯТТЯ ВІДБИТКА ПРИ КОМБІНОВАНОМУ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ З ВИКОРИСТАННЯМ ІМПЛАНТАНТІВ ТА ПРИРОДНИХ ЗУБІВ**

**2.** НДР «Комплексне морфофункціональне дослідження та обґрунтування застосування сучасних технологій для лікування та профілактики стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації: 0121U109242

**3.** Стоматологія.

**4.** 2+

**5.** Отримано патент України на корисну модель за номером 147157 «Спосіб зняття відбитка при комбінованому ортопедичному лікуванні з використанням імплантантів та природних зубів»

**6.** Немає.

**7.** Спосіб зняття відбитка при комбінованому ортопедичному лікуванні з використанням імплантантів та природних зубів полягає в знятті відбитка методом індивідуальної ложки і відливанні робочої моделі. При цьому зняття відбитка здійснюють двоетапно, для чого попередньо проводять одномоментне зняття відбитка базисним силіконовим матеріалом та коригуючою масою для кінцевого контролю препаровки зубів. Виготовляють патерн-чек навколо трансферів, здійснюють їх контроль та фіксацію в ротовій порожнині. А також виготовляють індивідуальну ложку для кінцевого двоетапного зняття базисного відбитка А силіконом, таким чином, щоб матеріал не попадав на патерн-чек навколо трансферів. Проводять обрізання тих частин відбитка, які можуть блокувати його введення з коригуючим матеріалом, як на зуби, так і на трансфери.

**8.** Використання пропонованого способу зняття відбитку при комбінованому ортопедичному лікуванні з використанням імплантантів та природних зубів дозволяє забезпечити можливість з високою точністю виготовляти якісні ортопедичні конструкції, як на імплантати, так і на природні зуби і попереджує можливість виникнення ускладнень під час експлуатації.

**9.** Індивідуальна ложка з отворами, базисний силіконовий матеріал, коригуюча маса, трансфери.

**10.** Корисна модель належить до медицини, зокрема до ортопедичної стоматології, а саме для незнімного ортопедичного лікування, і може застосовуватись при комбінованому ортопедичному лікуванні на імплантатах та природних зубах незнімними ортопедичними конструкціями.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННІПО.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Рожко М. М.; к.мед.н., доц. Штурмак В.М.; д.мед.н., проф. Палійчук І. В.; д.мед.н., проф. Дмитришин Т. М.; к.мед.н., доц. Костишин А. Б.

**Контактна особа:** Рожко М. М.

## **Реєстр. № 134/8/22**

### **1. ПОЗИЦІОНЕР ДЛЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

**2.** НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2++

**5.** Подано заявку на патент України на винахід за номером 122112 «Позиціонер для верхньої щелепи»

**6.** Немає.

**7.** Винахід належить до стоматології, до пристосувань для позиціювання верхньої щелепи з орієнтацією щодо оклюзійної площини як під час перенесення моделі верхньої щелепи в міжрамний простір артикулятора, так і в процесі вивчення анатомічних орієнтирів і площин черепа людини. Пристрій являє собою хрестоподібну конструкцію, яка складається з трьох металевих пластинок-лінійок. До довгої лінійки на протилежні поверхні по ширині перпендикулярно спрямовані дві однаково короткі лінійки, а контакт лінійок забезпечує з'єднувач у вигляді порожнистого циліндра не вище ширини лінійок з плоским металевим дном і вирізаним краєм циліндра за формою двох півкіл на протилежних сторонах. Крім того циліндр має на рівній відстані чотири поздовжні та перпендикулярні до дна прорізи - по дві від протилежних високих і низьких точок краю. При цьому довга лінійка є рухомою, пересувається між двома кінцями лінійок і через дві протилежні на циліндрі короткі прорізи, а кожна коротка лінійка закріплена в довгій прорізі. Перевага запропонованого пристрою полягає в підвищенні точності чіткого стандартизованого перенесення істинного просторового розташування верхньої щелепи в міжрамний простір артикулятора, оптимізації методики позиціювання черепа людини для проведення кефалометричних методів дослідження відносно НІР-горизонталі, забезпеченні вимірювальної функції.

**8.** Перевага запропонованого пристрою полягає в підвищенні точності чіткого стандартизованого перенесення істинного просторового розташування верхньої щелепи в міжрамний простір артикулятора, оптимізації методики позиціювання черепа людини для проведення кефалометричних методів дослідження відносно НІР-горизонталі, забезпеченні вимірювальної функції.

**9.** Удосконалений модульний позиціонер для верхньої щелепи.

**10.** Для збільшення чіткості стандартизованого перенесення істинного просторового розташування верхньої щелепи в міжрамний простір артикулятора, оптимізації методики позиціювання черепа людини для проведення кефалометричних методів дослідження відносно НІР-горизонталі, забезпеченні вимірювальної функції.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Відсутні.

**15.** К.мед.н., доц. Іванов С. О.; к.мед.н., доц. Іванова Н. С.

**Контактна особа:** Іванов С. О

**1. СПОСІБ АРМУВАННЯ ТРАНСФЕРІВ ПРИ ЗНЯТТІ ВІДБИТКІВ ІНДИВІДУАЛЬНОЮ ЛОЖКОЮ**

**2.** НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2++

**5.** Патент на корисну модель 136277 Україна, МПК А61С 9/00, u 2019 02167; заявл. 04.03.19; опубл. 12.08.19, Бюл. № 15.

**6.** Немає.

**7.** Спосіб армування трансферів при знятті відбитків індивідуальною ложкою, тобто відбитковою масою шляхом накладання індивідуальної відбиткової ложки на щелепу та введення в неї відбиткової маси. Після фіксації трансферів на імплантати та підгонки індивідуальної ложки знімають відбиток базисною А-силіконовою масою, додатково проводять армування трансферів з попередженням можливого їх мікрозсуву підчас зняття відбитку, для чого спочатку наносять рідкий композит на трансфери, кількістю, пропорційною покривній поверхні кожного трансферу, встановлюють бор і засвічують фотополімерною лампою, після чого кожне з'єднання повторно посилюють рідким композитом, відкручують гвинти із трансферів, знімають відбиток і оцінюють його якості.

**8.** Пропонований спосіб зняття відбитків забезпечує високу точність та виключає передачу помилкової інформації про розтушування трансферів, що сприяє покращенню стоматологічного протезування пацієнтів.

**9.** А-силіконова маса, індивідуальні відбиткові ложки, трансфери, рідкий композит

**10.** Забезпечення високої точності зняття відбитків з трансферів.

**11.** Немає

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Рожко М. М.; к.мед.н., доц. Штурмак В.М.; Савчук Р. І.

**Контактна особа:** Рожко М. М.

**1. СПОСІБ ОТРИМАННЯ ГІПСОВОЇ МОДЕЛІ З ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ІЗ ПАРАЛЕЛЬНОЮ ДО НІР-ПЛОЩИНИ ПЛОЩИНОЮ ЦОКОЛЮ МОДЕЛІ ЗА ДОПОМОГОЮ П-ПОДІБНОЇ ПЛАСТИНИ**

**2.** НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2++

**5.** Подано заявку на патент України на винахід за номером 121166 «Спосіб отримання гіпсової моделі з верхньої щелепи із паралельною до нір-площини площиною цоколю моделі за допомогою П-подібної пластини».

**6.** Немає.

**7.** Винахід належить до медицини, а саме до ортопедичної стоматології. Суть винаходу полягає у використанні паралельних між собою поверхонь: прозорої пластини, що розміщується зверху на краю вертикальних опор перевернутої П-подібної пластини, і його внутрішньої поверхні, котрі забезпечують умови для послідовного отримання спочатку скорегованої гіпсом зовнішньої поверхні відтискної ложки, а потім гіпсової моделі з верхньої щелепи із паралельною до НІР-площини площиною цоколю без замуrowаних у модель стержнів. Перевага запропонованого пристрою полягає в забезпеченні ідентичності горизонтальності площини оклюзії в порожнині рота і в артикуляторі.

**8.** Перевага запропонованого способу полягає в оптимізації використання НІР-методу, оскільки ні франкфуртська, ні камперівська горизонталі не є стабільними орієнтирами.

**9.** Стоматологічний гіпс, П-подібна пластина, артикулятор із паралельними рамами.

**10.** Забезпечення ідентичності горизонтальності площини оклюзії в порожнині рота і в артикуляторі.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННІПО.

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н., доц. Іванов С. О.; к.мед.н., доц. Іванова Н.С.

**Контактна особа:** Іванов С. О.

**1. СПОСІБ ОФОРМЛЕННЯ ЦОКОЛЮ МОДЕЛЕЙ ЩЕЛЕП**

**2.** НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2++

**5.** Подано заявку на патент України на винахід за номером 121183 «Спосіб оформлення цоколю моделей щелеп»

**6.** Немає.

**7.** Винахід стосується стоматології, а саме підготовки гіпсових моделей для антропометричних досліджень і конструювання зубних рядів, при якому здійснюють оформлення цоколю моделей щелеп, що включає зняття зліпків, виготовлення моделей і оформлення цоколю, де спочатку оформлюють основу цоколю сферичної форми, перекивають модель ззаду бортиком з воскової пластини вище крилощелепних виїмок, а у разі беззубої щелепи обрамляють модель бортиком з усіх сторін вище НІР орієнтирів, заповнюють утворену на піднебінні ємність рідиною засобом ізоляційним для гіпсових форм, на горизонтальну пластину поміщують порцію свіжозамішаного гіпсу, переносять в заміс наповнену рідиною модель, плавно хитають модель в різних напрямках, додають порцію рідини і до кристалізації гіпсу установлюють модель так, щоб рідина доходила на 3 мм дистальніше від верхівки сосочка і до рівня самих глибоких ділянок крилощелепних виїмок.

**8.** Перевага запропонованого способу полягає у доступній для практики якісній підготовці гіпсових моделей щелеп для антропометричних досліджень і конструювання зубних рядів.

**9.** Стоматологічні воскові пластини, стоматологічний гіпс.

**10.** Підготовка гіпсових моделей для антропометричних досліджень і конструювання зубних рядів.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н., доц. Іванов С. О.; к.мед.н., доц. Іванова Н. С.; к.мед.н., доц. Пантус А.В.

**Контактна особа:** Іванов С. О.

**1. СПОСІБ ОТРИМАННЯ АНАТОМІЧНОГО ВІДБИТКА З ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

**2.** НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», номер державної реєстрації: 0118U004144.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2++

**5.** Подано заявку на патент України на винахід за номером 121801 «Спосіб отримання анатомічного відбитка з верхньої щелепи»

**6.** Немає.

**7.** Винахід належить до медицини, а саме до ортопедичної стоматології, і призначений для забезпечення знімання відбитка крилощелепних виїмок у місцях прикріплення крилощелепних складок, на всю їх глибину, що важливо у подальшому отриманні якісної моделі верхньої щелепи і точному її переносі в артикулятор відповідно до точок НР-плоскості найбільш стабільних вікових анатомічних орієнтирів, проводять отримання анатомічного відбитка з верхньої щелепи, що включає етап візуального і інструментального обстеження анатомічних орієнтирів НР-площини, підбір стандартної відтискної ложки та її індивідуалізацію, застосування лейкопластиру і клею-адгезиву, використання силіконових відтискних матеріалів, при якому застосовують техніку подвійного відбитка, де першим етапом на бокових ділянках заднього краю підбраної і пристосованої стандартної ложки створюють заслон з лейкопластира, прикріплюючи його на зовнішню поверхню боргів і піднебінної частини ложки, потім готують силіконовий заміс із щільної в'язкої базисної пасти і поміщують порцію замісу клинчастої форми в бокові задні ділянки ложки так, щоб заміс був обмежений заслоном з лейкопластира, та знімають відбиток з крилощелепних виїмок, другим етапом наносять силіконовий заміс на всю поверхню відтискної ложки та остаточно отримують анатомічний відбиток зі всієї верхньої щелепи.

**8.** Перевага запропонованого способу індивідуалізації стандартної відтискної ложки полягає в оптимізації процесу отримання анатомічного відбитка з верхньої щелепи, а також в підвищенні якості відбитка і точному відображенні крилощелепних виїмок.

**9.** Стандартна ложка для зняття відбитку, силіконова відбиткова маса.

**10.** Для підвищення якості відбитка і точного відображення крилощелепних виїмок.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н., доц. Іванов С. О.; к.мед.н., доц. Іванова Н. С.

**Контактна особа:** Іванов С. О.

## Реєстр. № 139/8/22

### **1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ АТРОФІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ЩЕЛЕПИ**

**2.** НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування нових методів діагностики, профілактики та ортопедичного лікування стоматологічних захворювань у населення Івано-Франківської області», номер державної реєстрації: 0118U003873.

**3.** Стоматологія.

**4.** 2++

**5.** Патент України на корисну модель за номером 143855 «Спосіб визначення об'єму атрофії альвеолярного відростка щелепи»

**6.** Немає.

**7.** Спосіб визначення об'єму атрофії альвеолярного відростка щелепи включає виготовлення індивідуальної відбиткової ложки, зняття відбитку та визначення геометричних параметрів альвеолярного відростка через відомі часові інтервали користування змінним протезом. Одержану відбиткову масу, розташовану між дном індивідуальної відбиткової ложки та слизовою оболонкою протезного ложа, переносять в порожнину вертикально встановленої продовгуватої ємності з постійною площею поперечного перерізу порожнини ємності, частково заповненої рідиною, і по зміні положення поверхні рідини визначають об'єм відбиткової маси.

**8.** Запропонований спосіб швидкий, простий, не вимагає застосування спеціального обладнання і може бути здійснений протягом декількох хвилин.

**9.** Знімні пластинкові протези, піпетка, дистильована вода.

**10.** Застосування при протезуванні знімними пластиковими протезами для оцінки атрофічних змін протезного ложа в динаміці користування протезами.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.

**14.** Ужгородський національний університет, кафедра ортопедичної стоматології.

**15.** К.мед.н., Палійчук В. І.; Палійчук М. І.; д.мед.н., проф. Палійчук І. В.; Локота Ю. Є.; Грицак М. Є.; Локота Є. Ю.

**Контактна особа:** Палійчук В. І.

## Реєстр. № 140/8/22

### **1. СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ДО ЗНЯТТЯ ОДНОЕТАПНОГО ДВОШАРОВОГО ВІДБИТКА ЗА ДОПОМОГОЮ ШИНУВАННЯ ТРАНСФЕРІВ ДЛЯ ВІДКРИТОЇ ЛОЖКИ**

**2.** НДР «Комплексне морфофункціональне дослідження та обґрунтування застосування сучасних технологій для лікування та профілактики стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації: 0121U109242.

- 3.** Стоматологія.
  - 4.** 2+.
  - 5.** Отримано патент України на корисну модель за номером 147905 “Спосіб підготовки до зняття одноетапного двошарового відбитка за допомогою шинування трансферів для відкритої ложки”.
  - 6.** Немає.
  - 7.** Спосіб підготовки до зняття одноетапного двошарового відбитка за допомогою шинування трансферів для відкритої ложки, що включає виготовлення індивідуальної ложки з отворами в проекції імплантатів, заміну формувачів ясен на трансфери для відкритої ложки, внесення відбиткового матеріалу, структуризацію відбиткового матеріалу та виведення ложки із ротової порожнини, який відрізняється тим, що після примірки точності припасування індивідуальної 25 ложки додатково вимірюють пародонтологічним зондом міжтрансферну відстань і, згідно з визначеною міжтрансферною відстанню, здійснюють підготовку скловолоконного штифта № 3, після чого наносять рідкотекучий композит для його фіксації із трансферами для відкритої ложки і знімають одноетапний двошаровий відбиток методом відкритої ложки.
  - 8.** Пропонований спосіб створює можливість забезпечення нерухомості трансферів відносно один до одного, збільшення площі контакту трансферів та відбиткового матеріалу, унеможлиблює мимовільне зміщення трансферів при виведенні відбиткового матеріалу з ротової порожнини пацієнта та створює оптимальні умови для точного перенесення положення 15 імплантатів на модель при гіпсуванні аналогів імплантатів, що забезпечує високу ефективність ортопедичного лікування.
  - 9.** Індивідуальна ложка з отворами, силіконова відбиткова маса, трансфери.
  - 10.** Корисна модель належить до медицини, а саме до ортопедичної стоматології, і призначена для точного перенесення положення імплантатів на модель при гіпсуванні аналогів імплантатів, що забезпечує високу ефективність ортопедичного лікування.
  - 11.** Немає.
  - 12.** Немає.
  - 13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра стоматології ННПО.
  - 14.** Немає.
  - 15.** Пелехан Б. Л.; д.мед.н., проф. Рожко М. М.; к.мед.н., доц. Пелехан Л. І.; к.мед.н., доц. Ільницька О. М.; к.мед.н., доц. Ярмошук І. Р., к.мед.н., доц. Штурмак В. М.
- Контактна особа:** Пелехан Б. Л.

#### **1. СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ КЛІТИН ПАНЕТА У СТІНЦІ АПЕНДИКСА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ НА НАПІВТОНКИХ ЗРІЗАХ**

2. НДР «Морфофункціональне вивчення внутрішніх органів людини та лабораторних тварин в різних аспектах експериментальної медицини», номер державної реєстрації: 0121U108258

3. Анатомія, Гістологія

4. 2+; С

5. Деклараційний патент України на корисну модель № 129067. МПК G01N 1/30 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01) Спосіб виявлення клітин Панета у стінці апендикса плодів людини на напівтонких зрізах / В. Г. Гринь; заявник і патентовласник ВДНЗУ «УМСА». – u 201802455; заявл. 12.03.2018; опубл. 25.10.2018, Бюл. № 20.

6. Гринь В. Г. Особливості анатомічної та гістологічної будови червоподібного відростку плодів людини / В. Г. Гринь, Т. Ф. Дейнега, Я. А. Тарасенко, Н. Л. Свинцицкая // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип.4 (48), Т.14. – С. 186–189. Morphofunctional characteristic of the appendix of newborns and infants / V. Hryn, O. Sherstjuk, N. Svintsytska, A. Piljugin // Health Education Research. – 2017. – Issue 6 (2), Vol. 32. – P. 1481–1487.

7. Спосіб виявлення клітин Панета у стінці апендикса плодів людини на напівтонких зрізах, який передбачає фіксацію тканин в розчині нейтрального формаліну, дегідратацію. Застосування як фіксатора нейтрального формаліна, ущільнювача епоксидну смолу «Епон-812» (Epon 812, Fluka Chemie, Switzerland), а як барвника доступного та менш затратного 1% розчину метиленового синього на 1% розчині бури, дозволяє чітко виявляти гранули клітин Панета, підраховувати їх кількість і по кількості гранул оцінювати функціональний стан клітин. Гранули клітин Панета апендикса плодів людини забарвлювались в темно-синій колір, інші структури – в голубий колір, що дало змогу ідентифікувати, визначити гістотопографію, кількісний та якісний склад клітин Панета апендикса.

8. *Медичні:* дозволяє чітко виявляти гранули клітин Панета, підраховувати їх кількість і по кількості гранул оцінювати функціональний стан клітин. Гранули клітин Панета апендикса плодів людини забарвлювались в темно-синій колір, інші структури – в голубий колір, що дало змогу ідентифікувати, визначити гістотопографію, кількісний та якісний склад клітин Панета апендикса. *Соціальні:* отримання напівтонких зрізів з використанням ущільнювача епоксидної смоли «Епон-812» і подальшим забарвленням 1% розчином метиленового синього на 1% розчині бури дає змогу ідентифікувати клітини Панета та має наукову і прикладну цінність, так як істотно полегшує завдання підготовки і проведення педагогічного процесу та морфологічних досліджень, розширюючи можливості отримання більш інформативних і об'єктивних результатів. *Економічні:* корисна модель відноситься до галузі медицини і може бути використана у лабораторних морфологічних дослідженнях. Спосіб виявлення клітин Панета у стінці апендикса плодів людини на

напівтонких зрізах, який передбачає фіксацію тканин в розчині нейтрального формаліну, дегідратацію, та відрізняється тим, що для ущільнення біологічного матеріалу використовується ущільнювач «Епон-812», з метою виготовлення напівтонких серійних зрізів, і використовуються хімічні речовини, які є менш канцерогенними, менш затратними та зменшують час проведення забарвлення оболонки апендикса для ідентифікації, визначення гістотопографії, кількісного та якісного складу клітин Панета.

**9.** Епоксидна смола «Епон-812», 1% розчин метиленового синього на 1% розчині бури, пластикові контейнери, етиловий спирт, термостат, тканинний об'єкт.

**10.** Для створення способу виявлення клітин Панета у стінці апендикса плодів людини на напівтонких зрізах.

**11.** Немає

**12.** Дотримання всіх етапів дегідратації у спиртах, приготування сумішей епоксидної смоли Епон-812 з необхідними компонентами та етапів полімеризації.

**13.** Полтавський державний медичний університет

**14.** Відсутні

**15.** Д.мед.н., доц. Гринь В.Г.; д.мед.н., проф. Костиленко Ю.П.; к.мед.н, доц. Свінцицька Н.Л.; к.мед.н, доц. Білаш В.П.; Корчан Н.О.; Каценко А.Л.; Федорченко І.Л.

**Контактна особа:** Гринь В. Г. +380 668126497.

## Реєстр. № 142/8/22

### **1. СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ АНГІОАРХІТЕКТОНІКИ ТОНКОЇ КИШКИ БІЛИХ ЩУРІВ**

**2.** НДР «Морфофункціональне вивчення внутрішніх органів людини та лабораторних тварин в різних аспектах експериментальної медицини», номер державної реєстрації: 0121U108258.

**3.** Анатомія, Гістологія.

**4.** 2+; С.

**5.** Патент України на корисну модель № 141481. Спосіб дослідження ангіоархітекtonіки тонкої кишки білих щурів / В. Г. Гринь; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. – и 2019 10086; заявл. 30.09.2019; опубл. 10.04.2020, Бюл. № 7.

**6.** Гринь В. Г. Морфометрична характеристика пейєрових бляшок тонкої кишки білих щурів після курсового прийому кларитроміцину / В. Г. Гринь // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2020. – Т. 5, № 2 (24). – С. 58–63. Hryn VH, Kostylenko YP, Bilash VP, Ryabushko OB. Microscopic structure of albino rats' small intestine. Wiadomości Lekarskie. 2019;72(5 cz 1):733-8. PMID: 31175762. Гринь В. Г. Загальна анатомічна характеристика тонкої кишки білих щурів / В. Г. Гринь // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2018. – Вип. 4 (64), т. 18. – С. 88–93. Hryn VH, Kostylenko YuP, Yushchenko YuP, Ryabushko MM, Lavrenko DO. Comparative histological structure

of the gastrointestinal mucosa in human and white rat. *Wiadomosci Lekarskie*. 2018;73(7):1398-403. PMID: 30448817.

Hryn VH, Kostylenko YuP, Yushchenko YuP, Lavrenko AV. General comparative anatomy of human and white rat digestive systems. *Wiadomosci Lekarskie*. 2018;73(8):1599-602. PMID: 30684346.

**7.** Спосіб дослідження ангіоархітектоніки тонкої кишки білих щурів, що включає отримання даних про специфіку відмінності внутріорганої ангіоархітектоніки, вивчення особливостей структури васкуляризації та проведенні стереологічного аналізу кровоносного русла тонкої кишки білих щурів. Для дослідження використовується тонка кишка білих щурів, фіксацію препаратів здійснюють у 10% розчині формаліну протягом двох діб, для ущільнення біологічного матеріалу використовується ущільнювач епоксидна смола «Хімконтакт-Епокси».

**8.** *Медичні:* Використання запропонованого способу дозволяє отримати дані про особливості структури ангіоархітектоніки тонкої кишки білих щурів та провести стереологічний аналіз кровоносного русла слизової оболонки тонкої кишки білих щурів. *Соціальні:* Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема – до морфологічного дослідження тонкої кишки білих щурів. Включає отримання даних про специфіку відмінності внутріорганої ангіоархітектоніки, вивчення особливостей організації мікроциркуляторного русла тонкої кишки. *Економічні:* Застосування як фіксатора 10% нейтрального формаліна, ущільнювача, доступної та менш затратної – епоксидної смоли «Хімконтакт-Епокси», дозволяє чітко дослідити ангіоархітектоніку тонкої кишки білих щурів, що цілком залежить від функціонального призначення в травному процесі. Запропонований спосіб дозволяє скоротити час проведення методики: Вилучити етап промивки тонкої кишки 4% розчином питної соди. Скорочення часу проведення методики дає змогу швидше визначити ділянки препарату, для подальшого мікроскопічного дослідження.

**9.** Епоксидна смола «Хімконтакт-Епокси», тканинний об'єкт, 10% нейтральний формалін, 5%-ний розчин желатину, чорна туш, фільтрувальний папір.

**10.** Для створення способу дослідження ангіоархітектоніки тонкої кишки білих щурів.

**11.** Немає.

**12.** Послідовність виконання етапів ін'єкції судин та фільтрації туші за допомогою фільтрувального паперу й підтримання температури розчину в межах 37-40<sup>0</sup> С для створення умов проходження рідини через кровоносні судини.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., доц. Гринь В.Г.; д.мед.н., проф. Костиленко Ю.П.; к.мед.н, доц. Білаш В.П.; к.мед.н, доц. Устенко Р.Л.; к.мед.н, доц. Дейнега Т.Ф.; Корчан Н.О.

**Контактна особа:** Гринь В. Г. +380 668126497.

## 1. СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ АНГІОАРХІТЕКТОНІКИ ШЛУНКУ БІЛИХ ЩУРІВ

2. НДР «Морфофункціональне вивчення внутрішніх органів людини та лабораторних тварин в різних аспектах експериментальної медицини», номер державної реєстрації: 0121U108258.

3. Анатомія, Гістологія.

4. 2+; С

5. Патент України на корисну модель № 139127. МПК *G01N 1/28* (2006.01). Спосіб дослідження ангіоархитектоники шлунка білих щурів / Гринь В.Г., Костиленко Ю.П., Броварник Я.О.; заявник і патентовласник УМСА. – u 2019 05392 ; заявл. 20.05.2019 ; опубл. 26.12.2019, Бюл. № 24.

6. Реєстраційна картка технології № 0621U000147. Технологія ангіоархитектоники шлунка білих щурів / заяв. В. Г. Гринь, Ю. П. Костиленко, Я. О. Броварник ; власник Полтавський державний медичний університет. – № Держреєстрації НДДКР : 0116U004192. – Дата реєстрації : 16.12.2021.

Гринь В. Г. Особливості анатомічної будови шлунку білих щурів / В. Г. Гринь, Ю. П. Костиленко, А. І. Ячмінь // Світ медицини та біології. – 2019. – № 1 (67). – С. 133–137. Гринь В. Г. Гістологічна будова шлунка білих щурів / В. Г. Гринь // *Morphologia*. – 2019. – Т. 13, № 2. – С. 6–12. The use of injection-corrosive method in the study of extraorganic bloodstream of human intact stomach (*Wykorzystanie metody iniekcynokorozyjnej w badaniach przepływu krwi w ludzkich żołądkach ex vivo*) / V. H. Hryn, N. L. Svintsytska, A. V. Piliuhin, R. L. Ustenko, A. L. Katsenko // *Wiadomosci Lekarskie*. – 2017. – Т. LXX, nr 4. – P. 742–744.

7. Спосіб дослідження ангіоархитектоники шлунку білих щурів, який передбачає ін'єктування кровоносного русла органів черевної порожнини білих щурів 5%-ним розчином желатину, забарвленого відфільтрованою чорною тушшю, фіксацію тканин в розчині 10% нейтрального формаліну, промивку в проточній воді, заливку епоксидною смолою. Для дослідження використовується увесь шлунок щурів, тим самим збільшується площа вивчення поставленої задачі, для ущільнення біологічного матеріалу використовується ущільнювач епоксидна смола «Хімконтакт-Епокси», і використовуються хімічні речовини, які є менш затратними та зменшують час полімеризації для ідентифікації, визначення топографії внутріорганної ангіоархитектоники шлунку білих щурів.

8. *Медичні*: Використання запропонованого способу дозволяє отримати дані про особливості структури ангіоархитектоники шлунку білих щурів та провести стереологічний аналіз кровоносного русла слизової оболонки шлунку білих щурів.

*Соціальні*: Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема – до морфологічного дослідження шлунку білих щурів. Включає отримання даних про специфіку відмінності внутріорганної ангіоархитектоники, вивчення особливостей структури васкуляризації шлунку. *Економічні*: Застосування як фіксатора 10% нейтрального формаліна, ущільнювача, доступної та менш затратної – епоксидної смоли «Хімконтакт-Епокси», дозволяє чітко дослідити ангіоархитектонику шлунку

білих щурів, що цілком залежить від функціонального призначення в травному процесі. Запропонований спосіб дозволяє скоротити час проведення методики: Вилучити етап промивки шлунків 4% розчином питної соди. Скорочення часу проведення методики дає змогу швидше визначити ділянки препарату, для подальшого мікроскопічного дослідження.

**9.** Епоксидна смола «Хімконтакт-Епокси», тканинний об'єкт, 10% нейтральний формалін, 5%-ний розчин желатину, чорна туш, фільтрувальний папір.

**10.** Для створення способу дослідження ангіоархітекτονіки шлунку білих щурів.

**11.** Немає.

**12.** Послідовність виконання етапів ін'єкції судин та фільтрації туші за допомогою фільтрувального паперу й підтримання температури розчину в межах 37-40<sup>0</sup> С для створення умов проходження рідини через кровоносні судини.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., доц.Гринь В.Г.; д.мед.н., проф. Костиленко Ю.П.; к.мед.н, доц. Свінцицька Н.Л.; к.мед.н, доц. Тихонова О.О.; к.мед.н, доц. Тарасенко Я. А.

**Контактна особа:** Гринь В. Г. +380 668126497.

## Реєстр. № 144/8/22

### **1. СПОСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН СІДНИЧНОГО НЕРВА НА ЕПОКСИДНИХ ШЛІФАХ**

**2.** НДР «Експериментально-морфологічне вивчення дії кріоконсервованих препаратів кордової крові та ембріофетоплацентарного комплексу (ЕФПК), дифереліну, етанолу та 1% ефіру метакрилової кислоти на морфофункціональний стан ряду внутрішніх органів», номер державної реєстрації: 0119U102925.

**3.** Гістологія

**4.** 2+; С

**5.** Деклараційний патент на користь моделі № 131334 України, МПК G01N 33/48. Спосіб ідентифікації нервових волокон сідничного нерва на епоксидних шліфах / Свиридюк Р.В., Шепітько К.В., Шепітько В.І., Данилів О.Д.; заявник і патентовласник ВДНЗУ “УМСА”. – № u 2018 07713; заявл. 09.07.2018; опубл. 10.01.2019, Бюл. № 1.

**6.** Свиридюк Р.В. Морфометрична характеристика стовбура сідничного нерва при гострому асептичному запаленні у щурів/ Р.В. Свиридюк, К.В. Шепітько, В.І. Шепітько, Т.Я. Раскалей // Світ медицини та біології. – 2018. – № 2 (64). – С. 173–175.

**7.** Спосіб ідентифікації нервових волокон на епоксидних шліфах, що включає методику поміщення тотального препарату в Епон-812, який відрізняється тим, що для проведення ущільнення використовують препарат сідничного нерва.

**8.** *Медичні:* визначення волокон сідничного нерва на великій поверхні епоксидних шліфів, що використовує у своїй роботі дослідник та швидко визначити ділянки препарату для подальшого гістохімічного та електронікроскопічного дослідження. *Соціальні:* вилучення етапу роботи з канцерогенними речовинами, а

саме: вилучено просочення біоптатів осмієвою кислотою. *Економічні*: вилучено просочення біоптатів осмієвою кислотою. Скорочення часу проведення методики дає змогу швидше визначити ділянки препарату для подальшого електронікроскопічного дослідження.

**9.** 10% нейтральний розчин формаліну, фосфатний буфер з рН 5,6, Епон – 812, гідроокис калію в абсолютному етанолі, 2,5% розчині глутарового альдегіду, свіжовиготовлений розчин Буена, 0,3% розчин азотнокислого срібла на фосфатному буфері (рН 5,6), 1% розчин гідрохінону на 5% розчині сульфату натрію, дистильована вода.

**10.** Для виявлення волокон сідничного нерва на великій поверхні епоксидних шліфів, скоротити час проведення методики, зменшити канцерогенний вплив реактивів, що використовує у своїй роботі дослідник та швидко визначити ділянки препарату для подальшого гістохімічного та електронікроскопічного дослідження.

**11.** Немає.

**12.** Необхідно дотримуватись рН концентрації, дозування препаратів.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Свиридюк Р.В.; д.мед.н., проф. Шепітько К.В.; д.мед.н., проф. Шепітько В.І.; Данилів О.Д.; к.біол.н., доц. Борута Н.В.; к.мед.н., доц. Якушко О.С., к.мед.н., доц. Стецук Є.В.

**Контактна особа:** Борута Н. В.+380 509582691.

## Реєстр. № 145/8/22

### **1. СПОСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН ТРІЙЧАСТОГО ВУЗЛА НА ЕПОКСИДНИХ ШЛІФАХ**

**2.** НДР «Експериментально-морфологічне вивчення дії кріоконсервованих препаратів кордової крові та ембріофетоплацентарного комплексу (ЕФПК), дифереліну, етанолу та 1% ефіру метакрилової кислоти на морфофункціональний стан ряду внутрішніх органів», номер державної реєстрації: 0119U102925.

**3.** Гістологія

**4.** 2+; С

**5.** Деклараційний патент на користь моделі № 131327 України, МПК G01N 33/48. Спосіб ідентифікації нервових волокон трійчастого вузла на епоксидних шліфах / Данилів О.Д., Шепітько К.В., Шепітько В.І., Свиридюк Р.В.; заявник і патентовласник ВДНЗУ “УМСА”. – № u 2018 07698; заявл. 09.07.2018; опубл. 10.01.2019, Бюл. № 1.

**6.** Данилів О.Д. Морфологічні особливості трійчастого вузла при гострому асептичному запаленні на ранніх термінах експерименту / О.Д. Данилів, Є.В. Стецук, Н.В. Борута, Г.В. Лук'янцева, В.І. Шепітько // Світ медицини та біології. – 2021. – № 2 (76). – С. 207–210.

**7.** Спосіб ідентифікації нервових волокон на епоксидних шліфах, що включає методику поміщення тотального препарату в Епон-812, який відрізняється тим, що для проведення ущільнення використовують препарат трійчастого вузла.

**8. Медичні:** визначення волокон трійчастого вузла на великій поверхні епоксидних шліфів, що використовує у своїй роботі дослідник та швидко визначити ділянки препарату для подальшого гістохімічного та електронікроскопічного дослідження. **Соціальні:** вилучення етапу роботи з канцерогенними речовинами, а саме: вилучено просочення біоптатів осмієвою кислотою. **Економічні:** вилучено просочення біоптатів осмієвою кислотою. Скорочення часу проведення методики дає змогу швидше визначити ділянки препарату для подальшого електронікроскопічного дослідження.

**9.** 10% нейтральний розчин формаліну, фосфатний буфер з рН 5,6, Епон – 812, гідроокис калію в абсолютному етанолі, 2,5% розчині глютарового альдегіду, свіжовиготовлений розчин Буена, 0,3% розчин азотнокислого срібла на фосфатному буфері (рН 5,6), 1% розчин гідрохінону на 5% розчині сульфату натрію, дистильована вода.

**10.** Для виявлення волокон трійчастого вузла на великій поверхні епоксидних шліфів, скоротити час проведення методики, зменшити канцерогенний вплив реактивів, що використовує у своїй роботі дослідник та швидко визначити ділянки препарату для подальшого гістохімічного та електронікроскопічного дослідження.

**11.** Немає.

**12.** Необхідно дотримуватись рН концентрації. Необхідно дотримуватись дозування препаратів.

**13.** Полтавський державний медичний університет.

**14.** Відсутні.

**15.** Данилів О.Д.; к.біол.н., доц. Борути Н.В.; д.мед.н., проф. Шепітько В.І.; д.мед.н., проф. Шепітько К.В.; Свиридчук Р.В.; к.мед.н., доц. Якушко О.С.

**Контактна особа:** Борути Н. В. +380 509582691.

## **ТЕРАПІЯ**

**Реєстр. № 146/8/22**

### **1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПРИ ГОСТРІЙ ЛІВОШЛУНОЧКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ З ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА**

**2.** НДР «Удосконалення діагностичних підходів та оптимізація лікування захворювань органів травлення у поєднанні з іншими хворобами систем організму», номер державної реєстрації: 0116U005024.

**3.** Терапія

**4.** 2+; С

**5.** Патент України на корисну модель № 133478 UA, МПК А61К 31/00, А61Р 9/00. Спосіб лікування гострого інфаркту міокарда при гострій лівошлуночкової недостатності з збереженою фракцією викиду лівого шлуночка./ Люлька Н.О., Дубровінська Т.В., Вакуленко К.Є., Скрипник І.М., Потяженко М.М., Остапчук

Ю.А., заявник та патентовласник «УМСА» - № u2018 10682; Заявл. 29.10.2018. Оpubл. 10.04.2019, Бюл. № 7.

**6.** Не має

**7.** Запропонований спосіб лікування може бути застосований для лікування гострого інфаркту міокарда (ІМ) при гострій лівошлуночкової недостатності (ГЛШН) з збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), що включає призначення базисної терапії, який відрізняється тим, що додатково призначають лікарський препарат еплеренон по 25 мг 1 раз на добу протягом 6 міс.

**8.** Застосування еплеренону приводить до гальмування процесів ремоделювання ЛШ у хворих на ІМ, сприяє контролю артеріального тиску та об'єму рідини, що зумовлює зменшення та поступовий регрес проявів серцевої недостатності (СН) у хворих на ІМ із збереженою ФВ ЛШ, навіть після перенесеної ГЛШН.

Лікування запропонованим способом гострого інфаркта міокарда за умов розвитку ГЛШН зі збереженою ФВ ЛШ з застосуванням еплеренону на фоні базисної терапії надає позитивний ефект: поступовий регрес клінічних симптомів СН, нормалізація розмірів камер серця, що корелювали із регресом клінічної симптоматики СН, покращує прогноз у пацієнтів у післяінфарктному періоді, що асоціюється зі зменшенням частоти госпіталізацій у стаціонар з приводу прогресування СН, виникнення складних порушень ритму та провідності та розвитку ГКС; достовірно знижує рівень натрійуретичного пропептиду (NT-про BNP), що є позитивним прогностичним маркером проявів СН та збереження еуволемічного стану.

Еплеренон позитивно впливає на рівень систолічного і діастолічного артеріального тиску і частоту серцевих скорочень і може бути використаний у хворих на гострий інфаркт міокарда за умов розвитку ГЛШН зі збереженою систолічною функцією ЛШ.

**9.**Препарат групи антагоніст альдостерону (еплеренон).

**10.**Клінічними показаннями для застосування запропонованого способу є гострий інфаркт міокарда ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю із збереженою фракцією викиду лівого шлуночку.

**11.** Тяжка печінкова недостатність, клінічно значима гіперкаліємія

**12.** Відсутні

**13.** Полтавський державний медичний університет

**14.** Відсутні

**15.** К.мед.н., доц. Люлька Н.О.; к.мед.н. Дубровінська Т.В.; Вакуленко К.Є.; д.мед.н., проф. Скрипник І.М.; д.мед.н., проф. Потяженко М.М.; Остапчук Ю.А.

**Контактна особа:** Остапчук Ю. А. +38 0663338059.

**1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРО-ЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ МАКРО- І МІКРОЕЛЕМЕНТІВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У МЕТАБОЛІЗМІ КОЛАГЕНУ ТА ОЦІНКИ ЕКСПРЕСІЇ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ -9**

2. НДР «Роль гастроінтестинальних, ендокринних та гормонів жирової тканини в розвитку коморбідної патології внутрішніх органів і розробка та обґрунтування диференційованих методів лікування», номер державної реєстрації: 0121U 109419

3. Внутрішня медицина.

4. 2++

5. Міщук ВГ, Ромаш ІБ. Особливості виявів синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини та показники обміну колагену при його поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою. Сучасна гастроентерологія. 2019;3(107):68–74. Ромаш ІБ, Міщук ВГ, Ерстенюк ГМ. Рівень окремих мікро- і макроелементів та активність матриксної металопротеїнази-9 у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, що розвинулась на фоні недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Український терапевтичний журнал. 2019;4:5–11.

6. Немає.

7. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини шляхом визначення вмісту макро- і мікроелементів, що беруть участь у метаболізмі колагену та оцінки експресії матриксної металопротеїнази -9.

8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу прогнозування несприятливого перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко-лабораторної та інструментальної діагностики ГЕРХ, визначенням додаткових лабораторних показників - вмісту макро- і мікроелементів, що беруть участь у метаболізмі колагену та оцінки експресії матриксної металопротеїнази -9.

9. Атомно-абсорбційний спектрофотометр (С-115 ПК), еритроцитарна маса, дистильована вода, електрична плита. Імуно-ферментний аналізатор, шейкер, лабораторний набір «The RayBiotech Human MMP-9 Enzyme Immunoassay Kit» (USA).

10. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

11. Немає.

12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних середників.

13. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини та кафедра пропедевтики внутрішньої медицини.

14. Відсутні
  15. PhD Ромаш І Б.; д.мед.н., проф. Міщук В.Г.
- Контактна особа:** Ромаш І Б. +380 976433861.

**Реєстр. № 148/8/22**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРО-ЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ПРОСТАГЛАНДИНІВ КЛАСУ E2 ТА F2 $\alpha$ .**
  2. НДР «Роль гастроінтестинальних, ендокринних та гормонів жирової тканини в розвитку коморбідної патології внутрішніх органів і розробка та обґрунтування диференційованих методів лікування», номер державної реєстрації: 0121U 109419.
  3. Внутрішня медицина.
  4. 2++
  5. Romash IB, Mishchuk VH, Romash IR. The Role of Prostaglandins E2 and PG F2 $\alpha$  in the Development of Gastroesophageal Reflux Disease Associated with Undifferentiated Connective Tissue Disease. Lekarsky obzor (Med Horizon). 2020;69(2):44–50.
  6. Немає.
  7. Спосіб прогнозування перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини шляхом визначення вмісту простагландинів класу E2 та F2 $\alpha$  у сироватці крові.
  8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу діагностичну ефективність нашого способу прогнозування перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко-лабораторної та інструментальної діагностики ГЕРХ, визначенням додаткових лабораторних показників - вмісту простагландинів класу E2 та F2 $\alpha$  у сироватці крові.
  9. Імуно-ферментний аналізатор, шейкер, лабораторна тест-система Prostaglandin E2 Essay, Parameter™, R&D systems a biotechnique® brand (USA) та Prostaglandin F2 $\alpha$  ELISA kit фірми Enzo Life Sciences Inc. BCM Diagnostics (США).
  10. Спосіб прогнозування перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини.
  11. Немає.
  12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних середників.
  13. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини та кафедра пропедевтики внутрішньої медицини.
  14. Відсутні
  15. PhD Ромаш І Б.; д.мед.н., проф. Міщук В.Г. к. мед. н.; Ромаш І. Р.
- Контактна особа:** Ромаш І Б. +380 976433861.

**1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГАСТРО-ЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО ГОРМОНУ ГРЕЛІНУ**

2. НДР «Роль гастроінтестинальних, ендокринних та гормонів жирової тканини в розвитку коморбідної патології внутрішніх органів і розробка та обґрунтування диференційованих методів лікування», номер державної реєстрації: 0121U 109419.

3. Внутрішня медицина.

4. 2++

5. Немає.

6. Romash IB, Mishchuk VH, Romash IR. Relation between the level of ghrelin, prostaglandins E2 and F2alpha and daily pH monitoring data in patients with a combined course of gastroesophageal reflux disease and undifferentiated connective tissue disease. Lekarsky obzor (Med Horizon). 2020;69(7-8):246–51.

7. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини шляхом визначення вмісту гастроінтестинального гормону греліну у плазмі крові.

8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу прогнозування несприятливого перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко-лабораторної та інструментальної діагностики ГЕРХ, визначенням додаткового лабораторного показника - вмісту гастроінтестинального гормону греліну у сироватці крові.

9. Імуно-ферментний аналізатор, шейкер, лабораторний набір реактивів The RayBio® Human Ghrelin Enzyme Immunoassay Kit (RayBiotech, Inc. USA).

10. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу гастро-езофагальної рефлюксної хвороби у хворих на синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

11. Немає.

12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних середників.

13. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини та кафедра пропедевтики внутрішньої медицини.

14. Відсутні

15. PhD Ромаш І Б.; д.мед.н., проф. Міщук В.Г. к. мед. н.; Ромаш І. Р.

**Контактна особа:** Ромаш І Б. +380 976433861.

**1. РОЛЬ ГРЕЛІНУ ТА ОКРЕМИХ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ З ПОЧАТКОВИМИ СТАДІЯМИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК НА ТЛІ ОЖИРІННЯ У ПРОГРЕСУВАННІ ДАНОЇ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

2. НДР «Роль нейрогуморальної регуляції та ендокринної системи у виникненні структурно-функціональних змін у серці, судинах та нирках», номер державної реєстрації: 0121U109033.

3. Терапія.

4. 2++, С.

5. Публікація у міжнародному журналі країни ЄС, що входить до наукометричної бази Scopus.

6. Немає.

7. Дослідження рівня загального греліну у сироватці хворих на ХХН на тлі I ст. ожиріння (I група) засвідчило його достовірне підвищення в 1,4 разу ( $p_1 < 0,05$ ) у порівнянні зі здоровими, а у хворих на ХХН на тлі II ст. ожиріння (II група) навпаки спостерігалось його достовірне зниження в 1,2 разу ( $p_2 < 0,01$ ). Зниження швидкості клубочкової фільтрації у хворих обох груп мало зворотний середньої сили кореляційний зв'язок з рівнем греліну ( $r_{1,2} < 0,05$ ). Встановлено середній негативний кореляційний зв'язок між концентрацією греліну і СРБ у пацієнтів обох груп. У міру зростання індексу маси тіла спостерігалось зниження фільтраційної функції нирок: у пацієнтів з ХХН на тлі II ст. ожиріння показник ШКФ CRD-EPI  $\text{cysC/cr}$  був нижчим в 1,35 разу в порівнянні зі здоровими та в 1,12 разу у порівнянні з аналогічним показником I групи. У пацієнтів з ХХН на тлі ожиріння II ст. встановлено середній негативний кореляційний зв'язок між ШКФ CRD-EPI  $\text{cysC/cr}$  та ІМТ та між ШКФ та ОТ/ОС. Виявлено підвищений рівень СРБ в обох групах - в 5,9 та в 9,8 разу, відповідно, у порівнянні зі здоровими ( $p_{1,2} < 0,05$ ). Відмічений слабкий зворотний кореляційний зв'язок між ШКФ та рівнем СРБ у пацієнтів на ХХН на тлі I ст. ожиріння та середній зворотний кореляційний зв'язок між цими показниками у пацієнтів на ХХН на тлі II ст. ожиріння ( $p < 0,05$ ). Встановлено також позитивний кореляційний зв'язок між рівнем СРБ та ОТ, а також між СРБ та ІМТ в обох групах. Виявлено підвищений рівень ФНП- $\alpha$  в обох групах у порівнянні зі здоровими ( $p_{1,2} < 0,001$ ). У пацієнтів II групи рівень ФНП- $\alpha$  був в 1,6 разу вищим, ніж у хворих I групи ( $p_2 < 0,05$ ). Також встановлено середній позитивний кореляційний зв'язок між ФНП- $\alpha$  і ІМТ у хворих I та II груп та середній зворотній кореляційний зв'язок між ШКФ та рівнем ФНП- $\alpha$  у хворих II групи ( $p_2 < 0,05$ ). Одночасно виявлено сильний кореляційний позитивний зв'язок між рівнем СРБ та ФНП- $\alpha$  у хворих II групи ( $p_2 < 0,05$ ).

8. Виявлено тісний взаємозв'язок між маркерами, які характеризують ожиріння, та окремими показниками запалення, зокрема, С-реактивним протеїном, фактором некрозу пухлин- $\alpha$ . На цьому фоні прогресує порушення функції нирок, на що вказує зниження CRD-EPI  $\text{cysC/cr}$ . Важливу роль у цих процесах відіграє грелін, який з одного боку стимулює апетит й сприяє прогресуванню ожиріння, а з другого - сприяє зниженню швидкості клубочкової фільтрації. Зниження рівня греліну та зростання

рівнів прозапальних цитокінів вказує на процес низькоінтенсивного запалення на ранніх стадіях хронічної хвороби нирок.

**9.** Метод імуноферментного аналізу для визначення рівня цистатину С, греліну, С-реактивного білка, фактору некрозу пухлин-альфа. Калькулятор Національного ниркового фонду США для визначення швидкості клубочкової фільтрації нирок.

**10.** Хронічна хвороба нирок, хронічний пієлонефрит та гломерулонефрит, артеріальна гіпертензія, ожиріння.

**11.** Немає.

**12.** Чітке дотримання критеріїв відбору хворих робить мінімальною похибку отриманих результатів.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації. 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.

**14.** Немає.

**15.** Доц., к.мед.н. Губіна Н. В.; проф., д.мед.н. Купновицька І. Г.

**Контактна особа:** Губіна Н. В +380 509705595; Купновицька І. Г. +380 672810981.

### **Реєстр. № 151/8/22**

#### **1. ПРОГНОЗУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ НА ОСНОВІ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ**

**2.** НДР «Вплив факторів ризику та інвазивних методів лікування на перебіг гострих і хронічних форм ішемічної хвороби серця», номер державної реєстрації: 0116U004512.

**3.** Терапія.

**4.** 2+; С

**5.** Інформаційний лист № 177-2020. Київ; 2020. «Терапія».

**6.** Впроваджено метод лікування хворих на артеріальну гіпертензію в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) кардіологічного, терапевтичного профілю та установах загальної практики – сімейної медицини.

**7.** Для прогнозування лікування пацієнтів на артеріальну гіпертензію (АГ) авторами проведено добове моніторування артеріального тиску(ДМАТ), яке все частіше визнається необхідним для встановлення діагнозу та лікування хворих на АГ. Застосування в практиці ДМАТ дає можливість більш точно встановити діагноз перебігу захворювання, проводити контроль лікування.

**8.** Запропонована методика поєднання комбінованої антигіпертензивної та метаболічної терапії є ефективним методом лікування АГ, що покращує показники ДМАТ, суттєво зменшує патологічні типи зниження артеріального тиску (АТ), сприяє нормалізації АТ протягом доби та дозволяє досягти цільових рівнів АТ у більшості хворих.

**9.** Діагностичне приладдя (УЗД, МРТ)

**10.** Пацієнти з артеріальною гіпертензією.

**11.** Відсутні.

12. Не передбачається.

13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032)255 31 29.

14. Відсутні.

15. Заремба Є.Х.; Прокоша М.І.; доц. Заремба-Федчишин О.В.

**Контактна особа:** Прокоша М.І. +380 679633318; Заремба-Федчишин О.В. +380 677226778.

### **Реєстр. № 152/8/22**

#### **1. АЛГОРИТМ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЗА НАЯВНОСТІ ОЗНАК ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**

2. НДР «Вплив факторів ризику та інвазивних методів лікування на перебіг гострих і хронічних форм ішемічної хвороби серця», номер державної реєстрації: 0116U004512.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Інформаційний лист № 178-2020. Київ; 2020. «Терапія».

6. Впроваджено в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) кардіологічного, терапевтичного профілю та установах загальної практики – сімейної медицини.

7. Поширеність артеріальної гіпертензії серед хвороб системи кровообігу дорослого населення в Україні становить 46,8%. Наявність дисплазії сполучної тканини є одним із факторів ризику, який відіграє важливу роль в патогенезі, але недостатньо вивчений в розвитку та прогресуванні артеріальної гіпертензії. Авторами було опрацьовано алгоритм ризику розвитку гіпертонії та розроблено бальну шкалу значення кожної з ознак сполучної тканини, що надасть можливість вчасно виявити дисплазію сполучної тканини, визначити ступінь ризику розвитку артеріальної гіпертензії, попередити та зменшити кількість ускладнень.

8. Опрацьований на базі амбулаторії загальної практики алгоритм ризику розвитку артеріальної гіпертензії за наявності ознак дисплазії сполучної тканини дозволить покращити первинну профілактику розвитку артеріальної гіпертензії та зменшити кількість ускладнень.

9. Діагностичне приладдя (УЗД, МРТ)

10. Пацієнти з артеріальною гіпертензією.

11. Відсутні.

12. Не передбачається.

13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032) 255 31 29.

14. Відсутні.

15. Заремба Є.Х.; Рак Н.О.; Заремба О.В.; Вірна М.М.; Заремба-Федчишин О.В.

**Контактна особа:** Заремба-Федчишин О.В. +380 677226778.

## ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 153/8/22

### 1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОТЕНЦІАЛУ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ

2. НДР «Визначення критеріїв та показників безпеки і якості гемопоетичних стовбурових клітин в лікуванні хворих з онкогематологічними захворюваннями».

3. Трансплантологія, гематологія, онкологія.

4. 2++

5. Немає.

6. Відсутні.

7. Досліджували імунологічні аспекти трансплантації гемопоетичних клітин з метою встановлення основних імунологічних критеріїв якості. У разі пересадки стовбурових клітин від донорів із неповною HLA - сумісністю результати трансплантації виявились задовільними, що вказує на меншу імунореактивність кордової крові порівняно з гемопоетичними стовбуровими клітинами периферичної крові.

8. Кордова кров є більш доступною, ніж кістковий мозок або гемопоетичні стовбурові клітини периферичної крові, при потребі трансплантація стовбурових клітин може бути виконана в межах 2 робочих днів.

Ці факти є життєво важливими для хворих з онкогематологічною патологією, які гостро потребують трансплантації, але не можуть скористатися послугами донорів.

9. Відповідно до Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» та інших нормативно-правових актів з питань трансплантації.

10. Діяльність пов'язана з трансплантацією анатомічних матеріалів.

11. Немає.

12. Немає.

13. Координаційний центр трансплантації органів, тканин та клітин.

14. Немає.

15. К.мед.н. Паляниця С. С.; Панченко Л. А.; Салютіна Т.О.; Полозюкова Ю. В.; к.біол.н. Лобинцева Г. С.

**Контактна особа:** Паляниця С. С. +38 044 4082075.

Реєстр. № 154/8/22

### 1. ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ

2. НДР «Визначення критеріїв та показників безпеки і якості гемопоетичних стовбурових клітин в лікуванні хворих з онкогематологічними захворюваннями».

3. Трансплантологія, гематологія, онкологія.

4. 2++

5. Немає.

6. Відсутні.

7. За показниками та критеріями, що визначаються у відповідності до проведеного дослідження встановлено, що внутрішньовенне введення гемопоетичних стовбурових клітин кордової крові у лікуванні онкологічних хвороб крові довело свою ефективність і підтверджено позитивною динамікою при електрофізіологічних, морфологічних дослідженнях.

8. Отримання донорського зразка є неінвазивним, а перелік досліджень знижує до нуля ризик занесення вірусної чи бактеріальної інфекції в організм реципієнта. Наявність великої кількості активних стовбурових клітин у кордовій крові, висока репопуляційна здатність неонатальних гемопоетичних стовбурових клітин дозволяють використовувати їх для алогенної трансплантації у онкогематологічних хворих.

Трансплантація стовбурових клітин кордової крові є єдиним засобом для багатьох пацієнтів із гематологічними формами раку, які не можуть підібрати відповідного донора серед родичів.

9. Відповідно до Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» та інших нормативно-правових актів з питань трансплантації.

10. Діяльність пов'язана з трансплантацією анатомічних матеріалів людині.

11. Немає.

12. Немає.

13. Координаційний центр трансплантації органів, тканин та клітин.

14. Немає.

15. К.мед.н. Паляниця С. С.; Панченко Л. А.; Салютіна Т.О.; Полозюкова Ю. В.; к.біол.н. Лобинцева Г. С.

**Контактна особа:** Паляниця С. С. +38 044 4082075.

### Реєстр. № 155/8/22

## 1. СПОСІБ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ОКИСНО-НІТРОЗАТИВНОГО СТРЕСУ

2. НДР «Роль транскрипційних факторів, системи циркадіадного осцилятора та метаболічних розладів в утворенні та функціонуванні патологічних систем», номер державної реєстрації: 0119 U103898.

3. Патолофізіологія.

4. 2+; С

5. Патент України на корисну модель № 131230, МПК G09B 23/28 (2006.01), А61К 31/353 (2006.01), А61Р 3/00. Спосіб експериментальної терапії окисно-нітрозативного стресу / Костенко В.О., Єлінська А.М., Назаренко С.М., Соловійова Н.В., Швайковська О.О., Явтушенко І.В., заявник і патентовласник ВДНЗУ «УМСА» - № u 2018 07133; Заявл. 25.06.2018; Опубл. 10.01.2019. Бюл. №1.

6. Yelins'ka AM, Liashenko LI, Kostenko VO. Quercetin potentiates antiradical properties of epigallocatechin-3-gallate in periodontium of rats under systemic and local administration of lipopolisaccharide of Salmonella typhi. Wiad Lek 2019;72(8):1499-1503.

7. Спосіб здійснюється наступним чином. В експерименті на лабораторних тваринах (білих щурах) відтворюють модель патології, що супроводжується окисно-

нітрозативним стресом (синдром системної запальної відповіді, метаболічний синдром, травматична хвороба, інтоксикації). З терапевтичною метою протягом 14 днів шурам внутрішньоочередово 1 раз на 3 доби вводять корвітин (комплекс кверцетину з полівінілпіролідом) у дозі 10 мг/кг (у 35 перерахунку на кверцетин) та епігалокатехін-3-галат у дозі 21,1 мг/кг маси тварини.

**8.** Позитивний ефект полягає в тому, що названі фармакологічні засоби ефективно обмежують утворення активних форм кисню й азоту (супероксидного аніон-радикала, цитотоксичних концентрацій оксиду азоту, пероксинітриту), зменшують процеси вільнорадикального окиснення біополімерів, утворення окисномодифікованих білків, нітрозотіолів, що запобігає розвитку структурних і функціонально-метаболічних порушень у різних органах (головному мозку, печінці, слизовій оболонці шлунка, сім'яниках, кістках, пародонті, слинних залозах).

**9.** Лікар-лаборант, наявність хімічних реактивів відповідно до методики, шприц для ін'єкцій.

**10.** Експериментальний окисно-нітрозативний стрес (за умов хронічного пародонтиту, метаболічного синдрому, цукрового діабету 2-го типу, травматичної хвороби, синдрому системної запальної відповіді).

**11.** Відсутні.

**12.** Відсутні.

**13.** Полтавський державний медичний університет

**14.** Відсутні.

**15.** PhD Акімов О.Є.; Назаренко С.М.; Таран О.В.; д.мед.н. Костенко В.О.; д.мед.н. Катрушов О.В.; к.мед.н. Соловйова Н.В.; к.мед.н. Міщенко А.В.; к.мед.н. Гришко Ю.М.; к.мед.н. Денисенко С.В.

**Контактна особа:** Денисенко С.В. +380 996042313.

### **Реєстр. № 156/8/22**

## **1. ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ**

**2.** НДР «Визначення критеріїв та показників безпеки і якості гемопоетичних стовбурових клітин в лікуванні хворих з онкогематологічними захворюваннями».

**3.** Трансплантологія, гематологія, онкологія.

**4.** 2++

**5.** Немає.

**6.** Відсутні.

**7.** За показниками та критеріями, що визначаються у відповідності до проведеного дослідження встановлено, що внутрішньовенне введення гемопоетичних стовбурових клітин кордової крові у лікуванні онкологічних хвороб крові довело свою ефективність і підтверджено позитивною динамікою при електрофізіологічних, морфологічних дослідженнях.

**8.** Отримання донорського зразка є неінвазивним, а перелік досліджень знижує до нуля ризик занесення вірусної чи бактеріальної інфекції в організм реципієнта. Наявність великої кількості активних стовбурових клітин у кордовій крові, висока

репопуляційна здатність неонатальних гемопоетичних стовбурових клітин дозволяють використовувати їх для алогенної трансплантації у онкогематологічних хворих.

Трансплантація стовбурових клітин кордової крові є єдиним засобом для багатьох пацієнтів із гематологічними формами раку, які не можуть підібрати відповідного донора серед родичів.

**9.** Відповідно до Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» та інших нормативно-правових актів з питань трансплантації.

**10.** Діяльність пов'язана з трансплантацією анатомічних матеріалів людині.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Координаційний центр трансплантації органів, тканин та клітин.

**14.** Немає.

15. К.мед.н. Паляниця С.С.; Панченко Л.А.; Салютіна Т.О., Горбачов О.М.; к.біол.н. Лобинцева Г.С.

**Контактна особа:** Паляниця С. С. +38 044 4082075.

### **Реєстр. № 157/8/22**

#### **1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОТЕНЦІАЛУ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ**

**2.** НДР «Визначення критеріїв та показників безпеки і якості гемопоетичних стовбурових клітин в лікуванні хворих з онкогематологічними захворюваннями».

**3.** Трансплантологія, гематологія, онкологія.

**4.** 2++

**5.** Немає.

**6.** Відсутні.

**7.** Досліджували імунологічні аспекти трансплантації гемопоетичних клітин з метою встановлення основних імунологічних критеріїв якості. У разі пересадки стовбурових клітин від донорів із неповною HLA - сумісністю результати трансплантації виявились задовільними, що вказує на меншу імунореактивність кордової крові порівняно з гемопоетичними стовбуровими клітинами периферичної крові.

**8.** Кордова кров є більш доступною, ніж кістковий мозок або гемопоетичні стовбурові клітини периферичної крові, при потребі трансплантація стовбурових клітин може бути виконана в межах 2 робочих днів.

Ці факти є життєво важливими для хворих з онкогематологічною патологією, які гостро потребують трансплантації, але не можуть скористатися послугами донорів.

**9.** Відповідно до Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» та інших нормативно-правових актів з питань трансплантації.

**10.** Діяльність пов'язана з трансплантацією анатомічних матеріалів.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Координаційний центр трансплантації органів, тканин та клітин.

**14.** Немає.

**15.** К.мед.н. Паляниця С.С.; Панченко Л.А.; Салютіна Т.О., Полозюкова Ю.В.;  
к.біол.н. Лобинцева Г. С.

**Контактна особа:** Паляниця С. С. +38 044 4082075.

## **УРОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 158/8/22**

### **1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ДОВЖИНИ ОКРУЖНОСТІ ТІЛА СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ПРИ ВВЕДЕННІ ФІЛЕРА**

**2.** НДР «Оптимізація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю на принципах «хірургії швидкого шляху» при окремих захворюваннях щитоподібної та прищитоподібних залоз, носоглотки, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, судин і суглобів, зокрема, з використанням атомно-силової мікроскопії та із застосуванням методу преламінації для обробки імплантів», номер державної реєстрації: 0119U001046.

**3.** Андрологія, урологія, хірургія.

**4.** 2+С.

**5.** Патент на корисну модель № 147422 Україна, МПК (2021.01) АА61В 17/00 А61М 1/00. Тест-система для визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера // Бойко М.І., Ноцек М.С.; заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного Управління справами. – № у 2020 07951; заявл. 14.12.2020; опубл. 05.05.2021, Бюл. № 18.

**6.** Відсутні.

**7.** Нововведення стосується застосування способу розрахунку можливого збільшення довжини окружності статевого члена після процедури контурної пластики статевого члена філером.

**8.** Розроблений спосіб прогнозування можливого збільшення довжини окружності статевого члена після процедури контурної пластики статевого члена філером поліпшить якість лікування пацієнтів з синдромом малого статевого члена шляхом збільшення прогнозованості проведених маніпуляцій, полегшить визначення тактики лікування таких пацієнтів.

**9.** Умовою гарантованої ефективної реалізації запропонованої методики – є наявність точних та зручних приладів вимірювання довжини.

**10.** Синдром малого статевого члена.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

**14.** Відсутні.

**15.** Д.мед.н., проф. Бойко М. І.; Ноцек М.С.

**Контактна особа:** Бойко М. І. +380 675148483; Ноцек М.С. +380 913404099.ю

**Реєстр. № 159/8/22**

**1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ПРОСТАТИЧНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МАГНІТНОГО РЕЗОНАНСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

2. НДР «Оптимізація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю на принципах «хірургії швидкого шляху» при окремих захворюваннях щитоподібної та прищитоподібних залоз, носоглотки, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, судин і суглобів, зокрема, з використанням атомно-силової мікроскопії та із застосуванням методу преламінації для обробки імплантів», номер державної реєстрації: 0119U001046.

3. Урологія.

4. 2+С.

5. Стаття «Прогностичне значення магнітного резонансного зображення у пацієнтів з простати внутрішньоепітеліальною неоплазією» Wiadomosci lekarskie. 2021. – Vol. 74 (1). – Р. 35-38.

6. Відсутні.

7. Нововведення стосується проведення мультипараметричної магнітно-резонансної томографії пацієнтам з простатичною інтраепітеліальною неоплазією з метою індивідуалізації лікувальної тактики та попередження малігнізації.

8. Розроблений спосіб спосіб оптимізації діагностики простатичної інтраепітеліальної неоплазії призводить до: визначення потенціалу простатичної інтраепітеліальної неоплазії високого та низького ступеня до малігнізації та злякисної прогресії. Мультипараметрична МРТ дозволяє характеризувати осередки передпухлинних процесів простати за допомогою оцінки PIRADS в аспекті підвищеного ризику злякисної трансформації. Пацієнти з простатичною інтраепітеліальною неоплазією та PIRADS 3-5 потребують поглибленого обстеження з метою раннього виявлення раку передміхурової залози.

9. Умовою гарантованої ефективної реалізації запропонованої методики – є наявність необхідного обладнання для проведення МРТ дослідження з використанням критеріїв PIRADS.

10. Простатична інтраепітеліальна неоплазія високого та низького ступеня.

11. Загальні протипокази до магнітно-резонансної томографії.

12.–

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

14. Відсутні.

15. К.мед.н., доц. Журавчак А.З.; к.мед.н. Мельничук М.П.; к.мед.н. Дячук М.Д.

**Контактна особа:** Журавчак А. З. +380 676708951; Мельничук М. П. +380 9756379 43; Дячук М. Д. +380 957777769.

## Реєстр. № 160/8/22

### **1. ДІАГНОСТИКА РАКУ ПРОСТАТИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ЙОГО ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧНОЇ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ**

2. НДР «Молекулярно-генетичні, імунологічні та біохімічні фактори прогнозування урологічних захворювань», номер державної реєстрації: 0118U000107.

3. Урологія.

4. 2+; С.

5. Інформаційний лист. Львів; 2021. «Урологія та нефрологія».

6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) урологічного профілю.

7. Спостерігається стрімке зростання захворюваності на рак простати, яке потребує більш раннього і чіткого діагностування даного захворювання. Тому, розроблений на базі кафедри урології ФПДО ЛНМУ ім. Д. Галицького метод мультипараметричної магнітно-резонансної томографії (мпМРТ) ранньої діагностики та диференціації раку простати, здатний надавати достовірну інформацію про захворювання, більш точно стратифікувати хворих для активного спостереження та уникати непотрібних пункційних біопсій простати. Отримані в ході дослідження дані свідчать про високу інформативність мультипараметричної МРТ у діагностиці раку простати. Використання МРТ модальності дифузійно-зважених зображень з обчисленням вимірювального коефіцієнта дифузії у якості променевих біомаркерів раку простати дає можливість отримати достовірну інформацію, необхідну для діагностики цього захворювання та визначення ступеня його диференціації, яке здійснювали згідно з Рекомендаціями Американського коледжу радіології – Prostate Imaging –Reporting and Data System (PI-RADS), версії 2, 1, 2019 року публікації.

8. Застосування мпМРТ та системи PI-RADS уможливило у 85,7% пацієнтів виявити клінічно значущий рак простати та уникнути непотрібних пункційних біопсій за відсутності його променевих ознак.

9. Застосування мпМРТ та системи PI-RADS для діагностики раку простати

10. Пацієнти з раком простати.

11. Відсутні.

12. Не передбачається.

13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032)255 31 29.

14. Відсутні.

15. Дутка І.Ю.; Комнацька І.М.; Боржієвський А.Ц.; Наконечний Й.А.; Кобільник Ю.С.; Мицик Ю.О.

**Контактна особа:** Кобільник Ю.С. +380 678835690; Мицик Ю.О. +380 677722906.

## ФІЗИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА

Реєстр. № 161/8/22

### 1. ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРА В ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСЕКТОМІЇ

2. Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію «Використання небулайзера в програмі реабілітації хворих після холецисектомії» зареєстровано в журналі раціоналізаторських пропозицій за № 1/2788 від 01.12.2021р.

3. Фізична терапія, ерготерапія; хірургія.

4. 2+

5. Отримано свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію «Використання небулайзера в програмі реабілітації хворих після холецисектомії» зареєстровано в журналі раціоналізаторських пропозицій за № 1/2788 від 01.12.2021р.

6. Немає.

7. Небулайзер – в медицині, прилад для інгаляційної доставки фармацевтичного засобу, який використовується для введення ліків у вигляді туману в легені. Виробляє частинки менші за 5 мкм в діаметрі. Прилади використовуються для лікування кістозного фіброзу, астми, хронічної обструктивної хвороби легень та інших респіраторних захворювань. Небулайзери є оптимальними апаратами для доставки ліків при тяжких загостреннях бронхіальної астми, і, окрім цього, дають змогу вирішувати проблеми координації вдиху пацієнта і вивільнення лікувальної речовини. У легенях характеристики осадження та ефективність аерозоллю залежать від розміру часток чи крапель. Аерозолі, частинки яких в діаметрі 5-10 мкм осаджуються в ротоглотці, гортані і трахеї, 2-5 мкм – в нижніх дихальних шляхах (середніх і дрібних бронхах), 2-0,5 мкм – в альвеолах, менші 0,5 мкм – не осаджуються в легенях взагалі. Небулайзери бувають механічні і електричні. Сучасні небулайзери перетворюють лікарську речовину у аерозоль під дією стиснутого повітря (струменевий, або компресорний небулайзер) або ультразвукових хвиль (ультразвуковий небулайзер). Для введення лікарських суспензій придатні лише компресорні інгалятори, оскільки ультразвукові можуть руйнувати молекули активної речовини. Також, небулайзери поділяють на водяні, масляні та водяно-масляні.

8. Незаперечна перевага і користь небулайзера в тому, що лікарський засіб з його допомогою надходить безпосередньо в дихальні шляхи, минаючи шлунок, кишечник і печінку. Незважаючи на те що використовуються лікарські речовини здатні потрапляти в кровотік і володіють системними ефектами, основна дія у них все ж місцеве. Але це не єдина перевага такого методу лікування: Дрібні частинки речовини, потрапляючи на слизову, розподіляються по ній рівномірно і ефект роблять набагато швидше, ніж таблетки; Прямий вплив на слизову трахеї і бронхів дозволяє отримати лікувальний ефект, використовуючи менші дози препаратів, а значить і вираженість побічних дій теж буде менше; За рахунок пара з небулайзера відбувається зволоження слизової, що, в свою чергу, допомагає розрідженню і більш легкому відходженню мокротиння; Завдяки прямій дії інгаляції швидше знімають

набряк і спазм бронхів, що, наприклад, дуже важливо для пацієнтів, які страждають на бронхіальну астму.

**9.** Небулайзер, муколітики мукорегулятори (препарати для розрідження мокротиння і поліпшення відхаркування); бронходилататори (препарати, що розширюють бронхи); глюкокортикоїди (гормональні препарати, що мають багатосторонню дію, в першу чергу протизапальну та протинабрякову); кромони (протиалергічні препарати, стабілізатори мембран опасистих клітин); антибіотики; лужні та сольові розчини: 0,9% фізіологічний розчин, мінеральна вода «Боржомі», які сприяють розрідженню мокротиння, поліпшення її відходження.

**10.** Швидка доставка ліків в осередок захворювання; зниження ризику виникнення побічних ефектів; прискорення дії ліків; точне дозування; широкий спектр показань до використання; застосовується для лікування дітей та пацієнтів з будь-яким фізичним станом.

**11.** Порушення серцевого ритму, внутрішні кровотечі, індивідуальне несприйняття аерозольної форми лікарських засобів.

**12.** При глибокому диханні можуть з'явитися симптоми гіпервентиляції (запаморочення, нудота, кашель). Необхідно припинити інгаляцію, подихати носом і заспокоїтися. Після зникнення симптомів гіпервентиляції інгаляції через небулайзер можна продовжити.

**13.** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом ФВ.

**14.** Відсутні.

**15.** Чурпій І.К.; Голод Н.Р.; Куравська Ю.С.; Янів О.В.; Федорівська Л.П.; Тудоси В.Г.; Кравчук М.І.; Фіщич М.В.

**Контактна особа:** Чурпій І.К. +380 509671840.

## **ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 162/8/22**

**1. СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

**2.** НДР «Комплексне лікування хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки за умов впливу на перебіг репаративних процесів», номер державної реєстрації: 0117U000398.

**3.** Хірургічна стоматологія

**4.** 1+ А.

**5.** Деклараційний патент на корисну модель 144458 Україна, МПК А61 М27/00. Спосіб дренивання гнійних ран щелепно-лицевої ділянки / Маланчук В.О., Сидоряко А.В.; заявники та патентовласники: НМУ імені О.О. Богомольця; ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № а 2018 02696; заявл. 16.03.2018; опубл. 12.10.2020, Бюл. № 19.

**6.** Немає.

**7.** В основу винаходу покладено задачу удосконалення способу дренивання гнійних ран щелепно-лицевої ділянки шляхом зменшення від'ємного тиску та забезпечення

герметизації, що підвищить ефективність евакуації ексудату з рани та зменшить кількість ускладнень за рахунок зменшення вірогідності розповсюдження запального процесу у сусідні кліткові простори.

Також в основу винаходу поставлена задача удосконалення пристрою шляхом зміни його конструкції, що забезпечить фізіологічність загоювання рани, підвищення ефективності дренивання порожнини, зменшення вірогідності виникнення пролежнів у рані.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає введення дренажу у гнійну порожнину та створення від'ємного тиску у порожнині новим є те, що каркас пристрою виготовляють індивідуально за формою порожнини гнійної рани пацієнта, при дрениванні забезпечують від'ємний тиск в межах 15-20 mm. Hg, а при встановленні дренажу обмежувач-герметизатор занурення покривають речовиною на мазевій основі. Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та результатом полягають у такому.

Поставлена задача вирішується також тим, що у пристрої, який містить утримуючий каркас, виготовлений з нетканого матеріалу з наскрізною пористістю та відвідний патрубок, новим є те, що каркас виготовлений із медичної пластмаси, він має розмір, менший відносно об'єму порожнини гнійної рани на 10-30%, розміри отворів стінки каркасу складають 0,1-0,5 мм, і займають до 70% поверхні каркасу, що контактує з тканинами, та додатково пристрій має обмежувач-герметизатор занурення, на якому розташований відвідний патрубок.

Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволить підвищити ефективність лікування, прискорити плин фази дегідратації, знизити кількість ускладнень.

Спосіб здійснюють таким чином.

Після розтину інфільтрату та пальцевої ревізії рани в порожнину вводять альгінатну масу для відбитку. По відбитку підбирають розмір каркасу, який має бути трохи менше за гнійну порожнину в тканині, та бути аналогічним формі гнійної порожнини.

Пристрій встановлюють у рану, розташувачи в ній утримуючий каркас (1), повторюючи форму первісної порожнини розміром до 30% менше від неї. На нижній частині утримуючого внутрішньо-тканинного каркасу (1) розташований обмежувач-герметизатор (3) занурення у порожнину, покритий речовиною на мазевій основі. На якому розташований відвідний патрубок. (2), через який проводять аспірацію вмісту рани джерелом вакууму, що створює негативний тиск в 15-20 mm. Hg.

**8. Медична ефективність:** вищезазначений спосіб введення анестетику дозволяє: - не перешкоджає активній фазі (ексудації) запального процесу та дає менше варіантів для розповсюдження запального процесу у сусідні міжфасціальні простори; -прискорює перехід від II до III фази загоювання рани при запальному процесі. *Соціальна ефективність:* застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя та благоприємний прогноз хворих, а також дозволить відвернути появу нових ускладнень. *Економічна ефективність:* запропонований спосіб дренивання гнійних ран щелепно-лицевої

ділянки дозволить скоротити час перебування у відділенні інтенсивної терапії та зменшити собівартість лікування.

**9.** Альгінатний відбитковий матеріал, стоматологічна пласмаса, джерело від'ємного тиску.

**10.** Гнійні рани запального генезу на етапі дегідратації.

**11.** Близькість розташування крупних судин; підвищена чутливість організму до різних пластмас; супутні захворювання ССС та прийомом антикоагулянтів.

**12.** Не має.

**13.** Державний заклад “Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України”, кафедра хірургічної та терапевтичної стоматології. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. +380612791638, факс +380612790192.

**14.** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії. 01601, м. Київ, бул. Тараса Шевченка, 13.

**15.** Чл-кор. НАМНУ, д.мед.н., проф. Маланчук В. О.; Сидоряко А. В.

**Контактна особа:** Сидоряко А. В. +380 958800709.

### **Реєстр. № 163/8/22**

## **1. СПОСІБ ТРИВАЛОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПРОВІДНИКОВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

**2.** НДР «Розробка методів хірургічного лікування хворих з патологією щелепно-лицевої ділянки з урахуванням корекції супутніх захворювань», номер державної реєстрації: 0118U005403

**3.** Хірургічна стоматологія

**4.** 2+; С.

**5.** Патент на корисну модель № 143135 «Спосіб тривалого післяопераційного провідникового знеболення щелепно-лицевої ділянки.»

**6.** Немає.

**7.** В післяопераційному періоді у пацієнтів з патологією щелепно-лицевої ділянки різко виражений больовий синдром, який погіршує загоювання ран і різко перешкоджає акту ковтання. Системні анальгетики забезпечують лише короткочасне знеболення, що потребує збільшення їх дози чи число ін'єкцій, що небезпечно для хворого. Розроблений комплекс провідникових блокад, що передбачає тривале підведення місцевого анестетика до нервів, який відрізняється тим, що проводять комбінацію трьох анестезій: центральна анестезія третьої гілки трійчастого нерву біля овального отвору – 2мл анестетика, ангулярний метод знеболення язикоглоткового нерву – 1 мл, блокада гілок поверхневого шийного сплетення (1 мл анестетика) методом катетеризації.

**8.** Вищезазначений спосіб забезпечує повне знеболення післяопераційних ран, сприяє безболісному проковтуванню їжі, що дозволяє на 4-5 днів раніше переходити з зондового харчування на звичайне. Запропонований метод завдяки тривалому знеболенню ран сприяє більш ранній реабілітації хворих і значно полегшує

післяопераційний період оперованих пацієнтів. Доступність проведення та простота виконання також може полегшити роботу медичного персоналу при усуненні післяопераційного та хронічного больового синдрому у онкологічних пацієнтів. *Медична* – скорочення терміну перебування хворих у стаціонарі, частоти розвитку ускладнень, збільшується тривалість безбольової ремісії; *соціальна* – підвищення ефективності лікування хворих з травмами, новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки та гнійно-запальними процесами, підвищується якість життя пацієнта; *економічна* – зменшення витрат на лікування.

**9.** Катетери 18G (45мм), 20G (33мм), шприц 2,0, 5,0 мл, місцеві анестетики.

**10.** Знеболення в післяопераційному періоді нижньої третини обличчя та шиї у пацієнтів з пухлинами, травмами та запальними процесами даної локалізації; знеболення в проміжках між ненаркотичними та наркотичними анальгетиками при хронічному больовому синдромі, для зменшення дози цих препаратів та інших клінічних ситуаціях.

**11.** Алергічна реакція на місцевий анестетик.

**12.** Можливе травмування верхньощелепної артерії, для запобігання необхідно дотримуватись техніки виконання.

**13.** Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, Україна, Вінниця, вул. Пирогова, 56.

**14.** Немає.

**15.** Доцент Кушта А. О.; проф., д.мед.н. Шувалов С. М.

**Контактна особа:** Кушта А.О. +380 677903790.

## **ЗАГАЛЬНА ФАРМАЦІЯ**

### **Реєстр. № 164/8/22**

**1. БІОЛОГІЧНО АКТИВНА РЕЧОВИНА ТРИГЛІЦИНАТУ КВЕРЦЕТИНУ ТРИГІДРОХЛОРИД, ЩО МАЄ НЕЙРОПРОТЕКТОРНУ, ПРОТИГІПОКСИЧНУ, ПРОТИШЕМІЧНУ, СЕДАТИВНУ ДІЮ**

**2.** НДР «Хіміко-фармацевтичне обґрунтування створення біологічно-активних сполук, кон'югатів та лікарських композицій з протизапальною та протибольовою активностями», номер державної реєстрації: 0119U002907.

**3.** Фармакологія та фармація.

**4.** 2+;С.

**5.** Патент на винахід № 123982. МПК А61К 31/352, А61Р 9/10, А61Р 25/00, А61Р 25/20, С07D 311/32 (2006.01). Біологічно активна речовина тригліцинату кверцетину тригідрохлорид, що має нейропротекторну, протигіпоксичну, протиішемічну, седативну дію / Левашова О.Л., Колосов М.О., Штриголь С.Ю., Нікішин О.О., Коваленко С.М., Сирова Г.О.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна. – а202004239; заявл. 10.07.2020; опубл. 01.07.2021. Бюл. № 26.

**6.** Немає.

7. Синтезована нова фармакологічно-активна речовина – похідне кверцетину, що розчинна у воді, а саме тригліцинату кверцетину тригідрохлорид (4-[7-(аміноацетилокси)-3,5-дигідрокси-4-оксо-4Нхромєн-2-іл]-1,2-фєнілен) біс (аміноацетат) тригідрохлорид, яка має нейропротекторну, протиішемічну, протигіпоксичну, седативну дію.

8. *Медична ефективність*: оптимізація комплексного лікування дорослих, хворих на травматичні, дегенеративні та ішемічні ураження головного мозку, швидка редукція симптоматики, скорочення етапу лікування. *Соціальна ефективність*: покращення соціального функціонування та якості життя дорослих. *Економічна ефективність*: зниження витрат на перебування у стаціонарі за рахунок досягнення швидкої ремісії.

9. N-Восгліцин, кверцетин.

10. Травматичні, дегенеративні та ішемічні ураження головного мозку.

11. Підвищена чутливість до речовини.

12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет.

14. Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна.

15. Доц., к.фарм.н. Левашова О.Л.; доц., д.хім.н. Колосов М. О.; проф., д.фарм.н. Штриголь С. Ю.; проф., д.хім.н., Нікішин О. О.; проф., д.хім.н., Коваленко С. М.; проф., д.фарм.н., Сирова Г. О.

**Контактна особа:** Левашова О. Л. +380 953927936.

### Реєстр. № 165/8/22

## 1. СИНТЕЗ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЯК ПОТЕНЦІЙНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ АГЕНТІВ (3Н-ХІАЗОЛІН-4-ІЛІДЕН)ГІДРАЗІДІВ N-ЗАХИЩЕНИХ АМІНОКИСЛОТ

2. НДР «Спрямований пошук протизапальних агентів серед конденсованих та спіро-конденсованих похідних хіназоліну», номер державної реєстрації: 0118U004370.

3. Фармація.

4. 2++В.

5. Патент на корисну модель: № 131794; 25.01.2019, Бюл. № 2; МПК (2018.01) А61К 31/00 А61Р 29/00; «(3Н-хіназолін-4-ілідєн)гідразиди N-захищєних амінокислот, що проявляють протизапальну активність», Мартинєнко Ю.В., Ковалєнко С. І., Власник: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26.

6. Немає.

7. Розроблено метод синтезу та встановлена можливість застосування як потенційних протизапальних агентів ряду (3Н-хіназолін-4-ілідєн)гідразидів N-захищєних амінокислот.

8. Підвищення ефективності лікування патологічних станів, що супроводжуються запалєнням як наслідок підвищення ефективності пошуку ефективних протизапальних лікарських препаратів.

9. Наявність обладнаних, укомплектованих відповідним персоналом та сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, доклінічних та

клінічних випробувань фармакологічної дії, фармако-технологічних досліджень, розробки методів контролю якості сполук – кандидатів у лікарські препарати.

**10.** Розробка нових протизапальних лікарських засобів на основі (3Н-хіназолін-4-іліден)гідразидів N-захищених амінокислот.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра органічної і біоорганічної хімії, тел. 0612398586.

**14.** Немає.

**15.** Мартиненко Ю. В.; д.фарм.н., проф. Коваленко С.І.

**Контактна особа:** Коваленко С.І.+38 061 2398586.

### **Реєстр. № 166/8/22**

**1. СИНТЕЗ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЯК ПОТЕНЦІЙНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ АГЕНТІВ N-АЦИЛЗАМІЩЕНИХ ([1,2,4]триазоло[1,5-с]хіназолін-2-іл)алкіл-(аралкіл-, арил-)-амінів**

**2.** НДР Спрямований пошук протизапальних агентів серед конденсованих та спіроконденсованих похідних хіназоліну», номер державної реєстрації: 0118U004370.

**3.** Фармація.

**4.** 2++В.

**5.** Патент на корисну модель: № 131811; 25.01.2019, Бюл. № 2; МПК (2018.01) А61К 31/00; «(N-ацилзаміщені ([1,2,4]триазоло[1,5-с]хіназолін-2-іл)алкіл-(аралкіл-, арил-)аміни, що проявляють протизапальну активність», Мартиненко Ю.В., Коваленко С. І., Власник: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26.

**6.** Немає.

**7.** Розроблено метод синтезу та встановлена можливість застосування як потенційних протизапальних агентів ряду N-ацилзаміщених ([1,2,4]триазоло[1,5-с]хіназолін-2-іл)алкіл-(аралкіл-, арил-)амінів.

**8.** Підвищення ефективності лікування патологічних станів, що супроводжуються запаленням як наслідок підвищення ефективності пошуку ефективних протизапальних лікарських препаратів.

**9.** Наявність обладнаних, укомплектованих відповідним персоналом та сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, доклінічних та клінічних випробувань фармакологічної дії, фармако-технологічних досліджень, розробки методів контролю якості сполук – кандидатів у лікарські препарати.

**10.** Розробка нових протизапальних лікарських засобів на основі N-ацилзаміщених ([1,2,4]триазоло[1,5-с]хіназолін-2-іл)алкіл-(аралкіл-, арил-)амінів.

**11.** Немає.

**12.** Немає.

**13.** Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра органічної і біоорганічної хімії, тел. 0612398586.

14. Немає.

15. Мартиненко Ю. В.; д.фарм.н., проф. Коваленко С. І.

**Контактна особа:** Коваленко С. І. +38 061 2398586.

### Реєстр. № 167/8/22

1. **МЕТОД СИНТЕЗУ 4а-R-5,6-ДИГІДРОПРОЛО[1,2-а][1,2,4]триазоло-(тетразоло)-[1,5-с]хіназолін-7(4аН)-онів**

2. НДР «Спрямований пошук протизапальних агентів серед конденсованих та спіроконденсованих похідних хіназоліну», номер державної реєстрації: 0118U004370.

3. Фармація.

4. 2++В.

5. Патент на корисну модель: № 142661; 25.06.2020, Бюл. № 12; МПК (2020.01) C07D 253/00; «4а-R-5,6-дигідропіроло[1,2-а][1,2,4]триазоло-(тетразоло)-[1,5-с]хіназолін-7(4аН)-они», Ставицький В. В., Красовська Н. І., Антипенко О. М., Шабельник К. П., Холодняк С. В., Воскобойнік О. Ю., Коваленко С. І., Власник: ЗДМУ, пр. Маяковського, 26.

6. Немає.

7. Описано технологію виробництва перспективно фармакологічно цінних гетероциклічних сполук, а саме 4а-R-5,6-дигідро-піроло[1,2-а][1,2,4]триазоло-(тетразоло)-[1,5-с]хіназолін-7(4аН)-онів конденсацією відповідних 2-азагетериланілінів з рядом кетокарбонових кислот.

8. Підвищення ефективності стратегій пошуку фармакологічно цінних агентів серед конденсованих похідних хіназоліну.

9. Вихідні речовини, загальнолабораторне обладнання, кадри відповідної кваліфікації.

10. Пошук біологічно активних сполук.

11. Немає.

12. Немає.

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра органічної і біоорганічної хімії, тел. 0612398586.

14. Немає.

15. Ставицький В. В.; Красовська Н. І.; к.фарм.н. Антипенко О. М.; к.фарм.н., доц. Шабельник К. П.; к.фарм.н. Холодняк С. В.; д.фарм.н., доц. Воскобойнік О. Ю.; д.фарм.н., проф. Коваленко С. І.

**Контактна особа:** Коваленко С. І. +38 061 2398586.

Директор ДО «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України»

Леся ОЛІЙНИК